Nr. 1 R. 1936. STYCZEŃ — LUTY ROK XXXI

KRONIKA DENTYSTYCZNA

D W U M I E S I Ę C Z N I K

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT DENTYSTYCZNY.

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta **Maurycy Krakowski.**

Cena ogłoszeń jednorazowych i rocznych — według umowy

Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.

Należność pobierana jest za każdy zeszyt po jego ukazaniu się.

Cena zeszytu zł. 3, zagranicą zł. 3.50, dla studentów i kolegów niezamożnych zł. 2.

Prawne miejsce dochodzenia należności Warszawa.

Konto P. K. O. Nr. 11.361.

W A R S Z A W A

Redakcja i administracja: **Rymarska Nr. 8. Tel. 11-70-26.**

Pasta do zębów R E M

3 ZALETY:

tanio
zdrowo
uczciwie



3 SKŁADNIKI:

mydło
kreda
mięta

3 litery:

R
E
M

W tubach czysto cynowych.

Majde

WARSZAWA

Nr. 1 R. 1936. STYCZEŃ — LUTY ROK XXXI.

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT DENTYSTYCZNY.

ROLA OGNISKOWEGO ZAKAŻENIA USTNEGO (FOCAL INFECTION — ORAL INFECTION) W DERMATOLOGJI. OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH.

Na marginesie 50-lecia ogłoszenia pierwszej pracy naukowej z tej dziedziny p. t. „O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami" przez dra Teofila Kaczorowskiego.

Napisał

Dr. Jan Alkiewicz.

(Z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego — dyrektor: prof. dr. Adam S. Straszyński i Oddziału Dermatologicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu — ordynator: dr. J. Alkiewicz. Praca również wydrukowana w Nowinach Lekarskich r. 46 nr. 23).

Przeglądając piśmiennictwo lekarskie lat ostatnich, zauważyć można żywe zainteresowanie, jakie wzbudza zagadnienie ognisk zakaźnych i ich wpływu na cały ustrój. Działanie zakażenia miejscowego na bardzo odległe nieraz narządy, szczególnie na skórę, która jest w dzisiejszem pojęciu „narządem odpornościowym", jest rzeczą zrozumiałą w czasach, w których pojęcie alergji, hyperergji, anafilaksji i t. d. zdobyło sobie już w całej pełni prawo obywatelstwa.

To też bardziej godnym zastanowienia jest fakt, że już przeszło sto lat temu amerykański uczony Rush, profesor Uniw. w Pensylwanji, czyni krótką wzmiankę w swoim podręczniku o ustąpieniu gośćca po wyjęciu uszkodzonego zęba. Jednakże pierwszy, który ściśle naukowo i klinicznie rozprowadził teorję o zakażeniu ogniskowem w jamie ustnej, był Polak, dr. Teofil Kaczorowski *).

W roku 1934 minęło pół wieku od chwili, w której ukazała się praca Kaczorowskiego, „którego w Europie czcimy jako tego, który pierwszą publikację ogłosił o zakażeniu, wychodzącem z jamy ustnej". Takie są słowa niemieckiego uczonego, prof. Delbanco. Wspomniana praca polska mia-

---

*) Dr. *Teofil Kaczorowski* urodził się w roku 1830 w Ostaszewie pod Toruniem. Studja odbywał w Niemczech. Był ordynatorem w Szpitalu Miejskim w Poznaniu, gdzie umarł 31 marca 1889. Był prezesem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i współzałożycielem Nowin Lekarskich. Jedyna córka jego była żoną Adama Asnyka.



ła tytuł: „O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami“ i ukazała się w 1884 r. w Przeglądzie Lekarskim, wychodzącym w Krakowie. Rozprawa ta jest obszernem i wyczerpującem rozprowadzeniem treści wykładu, wygłoszonego dnia 23 czerwca 1881 r. w Wydziale Lekarskim Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu. To też warto przyjrzeć się sprawozdaniu z tego zebrania. Znajduje się ono w Przeglądzie Lekarskim 1881 r. str. 475. Z pewnem zdumieniem stwierdzamy, że idea naszego rodaka, rzucona na tem zgromadzeniu, teorja w naszych pojęciach rewelacyjna, nie wywołała tego zainteresowania, na jakie zsługiwała. Raczej przeciwnie. Nawet tak wybitny klinicysta, jak Bolesław Wicherkiewicz (późn. profesor Uniw. Jag.) wyraził, wprawdzie w formie bardzo wytwornej, pewne zastrzeżenia!

Jeżeli dziś w perspektywie czasu uprzytomnimy sobie stan wiedzy lekarskiej w owych czasach, opanowanych niepodzielnie przez naukę Virchowa o patologji celularnej, zrozumiemy, że inaczej być nie mogło. Myśli naszego rodaka dziś w erze biologji odpornościowej (Immun-Biologie) wydają się tak nowoczesne, że nie mogły znaleźć zrozumienia w owych czasach. Jeszcze w 1885 r. ukazał się ten sam artykuł Kaczorowskiego na łamach prasy niemieckiej, w „Deutsche Med. Woch.“ nr. 32. Jednakże nauka jego nie znalazła posłuchu. Ziarno padło na nieprzygotowany grunt. Urobiły go zdobycze ostatnich dziesiątków lat.

Dopiero w 1900 r. Niemcy Delbanco i po nim Paessler podjęli myśl tę, popierając ją badaniami doświadczalnemi. Wślad za nimi poszli później autorowie amerykańscy, którzy następnie żywo zainteresowali świat naukowy tem zagadnieniem.

Po wojnie światowej również piśmiennictwo europejskie rozbrzmiało żywem echem tych odkryć, które dziś są ogólnie znane.

Obecny stan naszej wiedzy, dotyczący tego zagadnienia, najwyraźniej stanie przed oczami, jeżeli chronologicznie przejdziemy poszczególne etapy biegu myśli przewodnich, opierając się na pracach, stanowiących stopniowe postępy naszych wiadomości. Pragnę przytem wyraźniej uwypuklić zagadnienia, związane z dermatologją. Mając jednakże na uwadze ścisłe połączenie tej dyscypliny lekarskiej z całą patologją, będę zmuszony często odbiegać od wytkniętej drogi, aby wskazać na problemy, łączące się z innemi działami nauk lekarskich.

Rozpocznę więc od rozważań Kaczorowskiego. Punktem wyjścia jest ogólnie znany klinicystom obraz komplikacyj, jakie występują w związku z ząbkowaniem u dzieci; są to konwulsje, wymioty, zaburzenia przewodu pokarmowego i wypryski skórne, które to objawy po zagojeniu dziąseł ustępują. W interpretacji tego zjawiska należy się, zdaniem autora, opierać na dwóch przypuszczeniach. Po pierwsze: stany zapalne, występujące przy ząbkowaniu, udzielają się sąsiednim narządom (ucho, nos, gardło) per continuum et contiguum. Z drugiej strony niemniej ważna jest rola drobnoustrojów i zakażenia, które następuje w miejscach uszkodzenia dziąsła. To też, mając na uwadze ten czynnik, autor poleca podawanie jodu wewnętrznie pod postacią nalewki jodowej.

Analogicznie do zaburzeń podczas ząbkowania u dzieci spotyka się i u dorosłych zmiany w narządach odległych, pozostające w związku z infekcją w jamie ustnej. Zakażenie to występuje, według zdania naszego

autora, pierwotnie w dziąsłach; w szczelinach, dzielących je od zębów, znajdują schronienie rozmaite drobnoustroje. Ponadto dziąsła łatwiej ulegają skaleczeniu, a pozbawione nabłonka stwarzają miejsce bezpośredniego wtargnięcia mikrobów do dróg limfatycznych. Później dopiero następuje rzekomo próchnica zęba. To też należy uważać za dowód wielkiej spostrzegawczości klinicznej, że Kaczorowski uważa za ognisko zakaźne nietylko ząb spróchniały i jego otoczenie, ale i samo dziąsło, chorobowo zmienione. Szczególnie podkreśla on znaczenie samoistnego zapalenia dziąsła (gingivitis idiopathica). Temu zespołowi poświęca autor cały rozdział i daje dokładny jego opis kliniczny.

Rozważania jego nie opierają się na szczegółowych badaniach anatomiczno-patologicznych, ani bakterjologicznych, ale sam autor przyznaje, że w tych kierunkach należałoby skierować dalsze poszukiwania. W szczególności będzie zadaniem dalszych dociekań wyodrębnienie zarazka, które to zadanie wyobraża sobie autor za niezwykle trudne. Sam zato wyprowadza myśli swoje tylko w oparciu o ścisłe spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne oraz przez ich logiczne i systematyczne kojarzenie. Patogenetycznie wyobraża on sobie bieg rzeczy w ten sposób, że w dziąsłach owrzodziałych znajdują się mikroby („grzyby"), które docierają do obiegu krwi i tam wywołują proces zwyrodnienia naczyń tętniczych oraz wsierdzia i takim sposobem mogą spowodować całą skalę przeróżnych objawów klinicznych. Słowem, wyodrębnił on już wóczas zespół objawowy, któremu późniejsi autorowie dali tylko nazwę, mianowicie „sepsis oralis". Miano to wprowadził w 1910 r. autor amerykański William Hunter.

Teorja ta wydaje nam się dziś łatwo zrozumiałą i dostępną w oświetleniu badań nowoczesnych; zato z tym większym podziwem słuchamy słów, wypowiedzianych przed 50-ciu laty, które wówczas mogły trącić mistycyzmem. Za daleko odbiegłbym od tematu, gdybym wyliczyć miał przeliczne zespoły objawowe, łączone z zakażeniem ogniskowem, a w szczególności zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Ciekawe są spostrzeżenia Kaczorowskiego z dziedziny *dermatologji*. Szczególnie podkreśla on wypryski twarzy, a zwłaszcza u dzieci ząbkujących; lecz nie brak ich i u dorosłych. Należy tylko zwracać uwagę na stan dziąseł i zębów i usuwać te ogniska zakaźne, zanim przystępuje się do leczenia miejscowego. Następuje w tem miejscu opis owrzodzenia powieki, które odporne było na inne leczenie i ustąpiło dopiero po usunięciu chorego zęba.

Zatrzymałem się dłużej nad pracą Kaczorowskiego, chcąc wprowadzić czytelnika w bieg jego myśli, które istotnie zasługują na uwagę i które spotkały się z największem uznaniem w *ocenie zagranicy*.

Jak już na wstępie zaznaczyłem, niemiecka prasa lekarska uważa Kaczorowskiego za twórcę teorji o zakażeniu ogniskowem i pierwszego w Europie, który naukowo uzasadnił tę tezę. To też autor niemiecki v. d. Osten-Sacken (1931), który widocznie dokładnie przestudjował tłumaczenie niemieckie pracy naszego rodaka, tak się o niej wyraża: „Studjum myśli genjalnego lekarza poznańskiego zasługującego na odgrzebanie z grobu zapomnienia, ma znaczenie większe, niż tylko historyczne." Jednakże triumfem zasługi Kaczorowskiego jest ocena dermatologa niemieckiego prof. Delbanco. W rozprawie, poświęconej temu autorowi (1931),

z wielkim pietyzmem analizuje szlaki, któremi kroczył jego umysł, kończąc temi słowy: „Kto się wczyta w subtelne i głębokie myśli tego prawdziwego klinicysty starej szkoły, musi być zdumiony mnóstwem faktów, któremi wyrzedził doświadczenia naszych czasów, i co w nowej szacie powróciło w rozprawach zeszłorocznego Zjazdu Internistów, dotyczących zakażenia ogniskowego... Jakkolwiek zdania autorów co do istoty zakażenia ogniskowego są jeszcze rozbieżne, stwierdzam, że w osobie Kaczorowskiego przemówił do nas człowiek głosem wieszczym" („In K. hat ein Seher zu uns geredet.")

Nauka Kaczorowskiego po jej wygłoszeniu poszła, jak wspomniałem, na długie lata w zupełne zapomnienie. Dopiero Delbanco w r. 1900 i Paessler w 1910 podnieśli rzuconą myśl, przyczem pierwszy z nich podniósł rolę układu wegetatywnego, jako czynnika działającego w zespole patogenetycznym. Po nich szczególnie autorowie amerykańscy przystąpili do pogłębienia tych zagadnień. Przedewszystkiem rozszerzyli oni pojęcie ogniska zakaźnego *(„focus")*, nadając miano to każdemu, gdziekolwiek w ustroju położonemu odcinkowi, który zawiera zarazki chorobotwórcze.

Dalszym krokiem naprzód w rozwoju tej nauki jest definicja ogniska, jaką dał Rosenow; w jego pojęciu jest to każdy „twór o przepuszczalnych ścianach naczyń, przez które drobnoustroje lub ich jady mogą wtargnąć do obiegu krwi". Tenże autor ogłosił następnie w r. 1922 rewelacyjne wyniki swoich badań; wykazał, że paciorkowce mogą w pewnych warunkach nabyć wybiórczego powinowactwa do pewnej tkanki. Na dowód tego pobierał on materjał zakaźny z wyrostka robaczkowego lub z wysięku opłucnej i drobnoustroje wyhodowane stąd zastrzykiwał dożylnie zwierzęciu. Rezultat był ten, że zarazki te wywołały w ustroju zwierzęcym te same zmiany, t. zn. zapalenie wyrostka robaczkowego wzgl. zapalenie opłucnej. Dalej zaszczepiał on hodowle bakteryjne, uzyskane od chorych klinicznych z ziarniniaków zębnych do komory miazgowej zęba zwierzęcia doświadczalnego. I wtenczas często występowały zmiany w tych właśnie narządach odległych (wsierdzia, skóra i t. d.), jakie spostrzegano w przypadku klinicznym, z którego pochodziły drobnoustroje.

Poglądy Rosenowa o powinowactwie tkankowem drobnoustrojów *(electiv affinity)* zostały przez niektórych autorów potwierdzone; inni znów podali je krytyce. Teorja ta, niewątpliwie pociągająca, otwiera nowe horyzonty i może pośrednio wnieść światło w mroczną i zawiłą dziedzinę biologji odpornościowej.

Z dalszych badań należy wymienić prace Price'a, który przypisuje zasadniczą rolę w zakażeniu ogniskowem nietyle drobnoustrojom, ile ich jadom. One to właśnie, jego zdaniem, w odniesieniu do skóry mają niemałe znacznie, w szczególności są przyczyną tych schorzeń skórnych, które mają charakter alergiczny.

Jak z zestawienia tego wynika, dalszymi pionierami w dziele wyświetlenia tego zagadnienia byli autorowie *amerykańscy.* Po wspomnianych wyżej pracach wzrosło szczególnie w Ameryce zainteresowanie dla tych spraw w sposób niezwykły. Ukazywały się tam liczne przyczynki o tak różnorodnych i licznych cierpieniach, które rzekomo należało sprowadzić do tego samego czynnika etjologicznego, że opinja lekarzy europejskich przyjęła te wiadomości nasamprzód z pewnym krytycyzmem i słusznem niedo-

wierzaniem. Jednakże później, po odrzuceniu wszystkiego, co nosiło charakter przesadnego entuzjazmu, pozostały fakty i doświadczenia, które zachęciły do dalszych poszukiwań.

Do najważniejszych prac europejskich należy rozprawa Węgra Kémeri o związku przyczynowym wyprysku z zakażeniem ogniskowem. Niemniej ciekawe były spostrzeżenia Kerla, dotyczące rumienia wysiękowego *(erythema exsud. mult.)* i rumienia guzowego *(erythema nodosum)*. We francuskiem piśmiennictwie ukazała się praca Jacqueta, dotycząca wyłysienia plackowatego *(alopecia areata)*, wskazująca na tak często towarzyszące procesy chorobowe w jamie ustnej.

Z prac niemieckich na szczególną uwagę zasługują stpostrzeżenia i doświadczenia Memmesheimera. Autor ten, który posługuje się wyrazem „subinfekcji“ dla określenia zakażenia przez osłabione drobnoustroje, leczył 15 przypadków *wyprysku przewlekłego* zapomocą szczepionek, uzyskanych z zakaźnych ognisk zębowych. W 13 przypadkach uzyskał zupełne wyleczenie zmian w skórze względnie znaczną ich poprawę.

W piśmieninctwie *polskiem* znajdują się nieliczne tylko wzmianki. Z dziedziny dermatologji wspomnę o przypadku, który przedstawił prof. Leszczyński we Lwowie. Była to osutka na twarzy o charakterze rumienia wysiękowego *(eryth. exsud.)*. Autor ten później niejednokrotnie podnosił na zebraniach Oddziału Lwowskiego Polskiego Tow. Derm. doniosłość zakażenia ogniskowego w odniesieniu do pęcherzycy, wilka rumieniowego i innych schorzeń skórnych. Również Krzyształowicz zwracał uwagę na łączność niektórych zmian w skórze z zakażeniem ogniskowem. Szczególnie podkreślał ten czynnik w etjologji choroby Duhringa. Ogólnie piśmiennictwo polskie obejmuje obszerna praca stomatologiczna Laknera.

Niepodobna wyszczególnić w tem miejscu mnóstwo publikacyj z zakresu *dermatologji*, dotyczących tego zagadnienia. Wystarczy przypomnieć, że do 1931 r. ogłoszono 95 przypadków z tej dziedziny. Przewagę mają niewątpliwie rumień wysiękowy i rumień guzowaty oraz obrazy chorobowe zbliżone do nich. Na drugiem miejscu stoją zmiany wypryskowe ostre i przewlekłe, dalej pokrzywka i wyłysienie plackowate. Nawet łuszczycę sprowadzono do zmian, łączących się z ogniskami zakaźnemi; o 13 przypadkach tego rodzaju referował na Zjeździe Międzynarodowym Dermatologów w Kopenhadze w 1930 r. Gundersen z Oslo.

W końcu pragnę przytoczyć dwa spostrzeżenia własne, które od dłuższego czasu obserwuję.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej l. 35, która od szeregu lat co pewien czas cierpiała na ostry wyprysk, występujący niezależnie od pory roku; badania w kierunku zaburzeń endokrynalnych dały wynik ujemny. W ocenie wywiadu uderzał zrazu charakter paroksyzmalny tego cierpienia, który wskazywał na możliwość współdziałania czynnika zakaźnego. Badanie jamy ustnej wykazało ropień i ziarniniak pod zębem zaplombowanym, jak i wydzielanie ropy przy nacisku lewego migdałka. Po usunięciu chorego zęba i zastosowaniu miejscowego leczenia migdałka, zmiany w skórze ustąpiły po bardzo krótkim czasie i nie dały nawrotu od dwóch lat.

Drugi przypadek dotyczył uporczywego wypadania plackowatego włosów, datującego od kilku lat u chłopca 15-letniego. I tu długotrwałe leczenie miejscowe okazało się bezskuteczne. Dopiero usunięcie kilku korzeni

spróchniałych lewej szczęki, otoczonych zapaleniem dziąseł, stworzyły warunki, w których leczenie miejscowe skóry owłosionej zaczęło odnosić skutki dodatnie, tak, że po upływie kilku miesięcy ogniska, utrzymujące się długi czas, zarosły zupełnie.

Na zakończenie należy odpowiedzieć na zapytanie, jaki jest w *chwili obecnej* stan naszej wiedzy o zakażeniu ogniskowem. Na zapytanie to nie można odpowiedzieć jednoznacznie. Jak każda teorja, tak i ta ma licznych zwolenników, niekiedy zbyt entuzjastycznych, którym przeciwstawia się obóz konserwatystów, odnoszących się z pewnym krytycyzmem do nowych myśli. Dziś jeszcze zagadnienie to wyraźnie znajduje się w ogniu dyskusji. Zapoczątkował ją w swoim czasie Kaczorowski na zebraniu Poznańskiego Tow. Przyjaciół Nauk, ale głos jego był odosobniony. I dziś trwa dalej ta dyskusja z tą różnicą, że obóz zwolenników nowego poglądu wzrasta z każdym dniem, czego dowodem jest liczne piśmiennictwo. W ewolucji poglądów nauki lekarskiej na to zagadnienie stwierdzamy nawet pewien tragizm, który nie pozwolił uczonemu poznańskiemu doczekać się słusznego rozgłosu i chwały. Myśl jego za daleko sięgała, aby mogła być przyjęta przez współczesnych, pół wieku musiało minąć, zanim doceniono należycie doniosłość jego słów. Fakt ten jest jednocześnie dowodem wielkości jego umysłu, jest miernikiem, który nam wskazuje, jak daleki był zasięg myśli naszego klinicysty.

W chwili obecnej dyskutuje się żywo nad dalszą patogenezą zjawisk skórnych, związanych z zakażeniem ogniskowem. Przedmiotem rozważań są głównie cztery poglądy:

1. Powstawanie zmian skórnych sprowadza się do działania drobnoustrojów samych, przyczem obraz kliniczny jest funkcją wzajemnego działania naczyń włosowatych i mikrobów.

2. Zasadniczą rolę przypisuje się *jadom bakteryjnym*, które wchłania skóra, jej naczynia włosowate ulegają toksykozie, a ta jest istotą danego cierpienia skórnego. Pogląd ten nabiera znaczenia w świetle badań rosyjskich (Utewskaja, Iwanowa), opartych na doświadczeniach nad izolowanem uchem królika. Poszukiwania te wykazały, że same jady paciorkowców mają wyraźny wpływ na napięcie wewnątrz naczyń włosowatych.

3. Dermatozy powstawać mogą wskutek działania „jadów wstrząsowych" („Schockgifte"). Jednym z nich reprezentantów jest zdaniem Blocha znana ze swej działalności histamina, która jest nietylko produktem rozpadu białka, ale i jest zawarta w niektórych bakterjach.

4. Obok tych jadów pierwotnych („primär toxische Elemente") daleko ważniejsze znaczenie posiadają jady, które, wprowadzone do organizmu, stwarzają te warunki, które dają się we znaki przy ponownem działaniu tych toksyn. Część autorów przypisuje większą rolę istocie białkowej bakteryj; mówią oni o *„anafilaksji białkowej bakteryjnej"*. Wspomnieć tu należy i pracy Martin'a, Ley'a i Hill'a. Autorowie wykazali, że przez zastrzyknięcie doskórne paciorkowców i gronkowców zabitych następuje po 48 godz. swoiste uczulenie skóry. Zwierzęta, na których wykonano to doświadczenie, reagowały na powtórną injekcję powstaniem nacieku w skórze, otoczonego szerokiem pasmem przekrewienia. Autorowie ci studjowali dokładnie czas powstania i ustępowania tego uczulenia. Inni znów badacze posługują się mianem *„alergji bakteryjnej"*. Teorja ta zyskała niewąt-

pliwie najwięcej zwolenników. Czynnikiem uczulającym są przetwory przemiany materji drobnoustrojów względnie ich wydzieliny. Ponieważ właśnie skóra jest tym narządem ustroju, który posiada najwięcej komórek, wytwarzających przeciwciała, jest rzeczą zrozumiałą, że najczęściej powłoki skórne stają się terenem wzmagań tych dwóch czynników.

W tem miejscu warto się przyjrzeć doświadczeniom Hangera i Mackenziego. Jeżeli zastrzyknąć doskórnie przesącz z hodowli paciorkowca zielonego lub hemolitycznego, okazuje się, że bardzo wielki odsetek osobników dorosłych oddziaływa na to zapaleniem miejscowem. Oseski natomiast dają w tychże warunkach odczyn ujemny; autorowie ci uważają zjawisko alergiczne u dorosłych jako nabyte. Interpretować można ten stan rzeczy w tem sposób, że paciorkowce są wprawdzie nieszkodliwe na nieuszkodzonej śluzówce; zato już na błonie śluzowej nieżytowej mogą bez wytworzenia dostrzegalnych objawów wtargnąć do układu zatokowego (système lacunaire) nabłonka i dalej do układu chłonnego. Tam stwarzają warunki do powstania alergji.

Jak wynika z tego krótkiego zestawienia poglądów, dyskusja nad zakażeniem ogniskowem bynajmniej nie jest wyczerpana. Przeciwnie — ma się raczej wrażenie, że jesteśmy jeszcze bardzo oddaleni od końca rozwiązania tego zawiłego zadania.

To też dziś, kiedy tak bardzo ożywia się zainteresowanie dla tego zagadnienia, „Nowiny Lekarskie" z dumą mogą spojrzeć na swego wybitnego współzałożyciela. Ogólne uznanie, z jakiem zagranica wyraża się o koncepcji Kaczorowskiego, jest trwałym pomnikiem sławy, której nie doczekał się tak zasłużony klinicysta poznański z czasów zaborczych.

Piśmieninctwo.

1) *Kaczorowski.* Przegląd Lek 1884, str. 227; D. Med. Woch. 1885, nr. 32. 2) *Delbanco.* Rush u. v. Kaczorowski, Väter der dentalen, fokalen Infektionen. Derm Woch. 1931, str. 1664; 1931, str. 1697; Miscell. Dermat. 1931, Praga. 3) *v. d. Osten-Sacken.* D. Mon. Zahnheilk. 1931, nr. 1. 4) *Paessler.* Kongr. d. inn. Med. 1909. 5) *Memmesheimer.* Arch. f. Derm. 157. 6) *Rosenow.* Vierteljahrschrift f. Zahnhlk. 1924, str. 350, str. 403. 7) *Gundersen.* Kongr. Internat. Derm. Kopenhaga 1930, str. 789. 8) *Jacquert.* Ann. d. Derm. 109. 9) *Kemeri.* Derm. Woch 1930, nr. 43. 10) *Leszczyński.* Przegl. Derm. 11) *Utewskaja.* Zbl. f. g. exp Med. 1928, str. 588. 12) *Price.* Dental Infection. 13) *Martin Ley,* Hill. Zbl. f. g. inn. Med 1930, str. 486. 14) *Hanger i Mackenzie.* Zbl. f. g. Med. 1928 str. 57. 15) *Kerl.* Wien. kl. Woch. 1930 str. 1365. 16) *Blöchl, Neumeier.* Dysert. Monachjum 1932. 18) *Sehlmacher.* Dysert. Erlagen 1931. 19) *Krzysztalowicz.* Choroby skóry, Przegl. Dermat. 1927; Sprawozd. P. Akad. Um., Arch f. Derm. 1927. 20) *Lakner.* Now. Lek. 1934, str. 357. Tamże zestawienie ogólnego piśmiennictwa polskiego.

Dział streszczeń.

Wpływ arszeniku (acidum arsenicosum) na tkanki okołozębowe przy umartwieniu (dewitalizacji) miazgi. Dr. S. J. Weiss. Zeitschrift für Stomatologie zesz. 16 r. 1934.

Kwestja, dotycząca działania arszeniku na tkanki okołozębowe, stanowiła i stanowi jedno z najaktualniejszych zagadnień w zębolecznictwie zachowawczem. W ciągu ostatnich 50 lat ukazało się wiele prac, obejmujących poglądy największych autorytetów w tej dziedzinie (Witzel, Miller,

Scheff, Morgenstern i in.). Sprawa ta jednak jest aktualna, o czem świadczą prace i doświadczenie ostatnich 10 lat.

Konkluzje, do których doszli niektórzy badacze, są następujce: Shröder, Euler, Lipschitz, Heinze — uważają, że szkodliwe działanie As_2O_3 na paradentium zależy od czasu działania arszeniku.

Feldmann i in. twierdzą, że zmiany patologiczne w paradentium, występujące już po 48 g. działania As_2O_3, zależą od zmian w ozębnej, która musiała być chora jeszcze przed założeniem arszeniku.

Heinze wykazuje, że już po upływie 2 dni można wykazać obecność arszeniku w okolicy przyszczytowej, jeśli założono wkładkę na odsłoniętą miazgę . Tylko u młodych psów skonstatowano ten fakt po 4 — 6 dniach.

Weber i Förster twierdzą, że zmiany patologiczne, zachodzące w tkance okołozębowej, powstają nietyle na skutek działania samego arszeniku, ile na skutek urazu i działania produktów rozpadu miazgi, ulegającej działaniu arszeniku.

Musimy odnotować fakt, że metoda umartwiania (dewitalizacji) miazgi arszenikiem, dzięki licznym doświadczeniom, została przez wielu praktyków uznana za niewłaściwą. Arszenik został zastąpiony innemi środkami; terapja zapaleń miazgi poszła w kierunku skrócenia leczenia. Jednak, mimo wszystko arszenik cieszy się nadal u większości stomatologów największem powodzeniem. Fakt ten wskazuje, jaka przepaść znajduje się między doświadczeniami a codzienną praktyką, co świadczy o tem, że sprawa stosowania arszeniku po dziś dzień nie została rozwiązana.

Na klinice prof. Gofunga w Charkowie używany jest arszenik w połączeniu z taniną. Taki skład pasty arszenikowej zalecali Witzel i Preisswerk. Prof. Gofung uważa, że właśnie dzięki domieszce taniny pasta działa bezboleśnie i nie przenika poprzez miazgę w głąb.

W celu wykazania działania As na tkankę okołozębową z wyłączeniem ubocznych wpływów, posługiwano się badaniem 2 zębów kontrolnych u tego samego psa, przyczem jeden ząb podlegał tym samym zabiegom, tylko nie zakładano w nim As, a drugi ząb pozostawał nienaruszony. Czas działania As wynosił 48 g. Uważając bardzo na postępowanie aseptyczne, preparowano zęby w ten sposób, że pozostawiano bardzo cieniutką warstwę zębiny nad miazgą, albo też odsłaniano miazgę, przyczem starano się nie uszkodzić jej, a więc nie robiono „punktu krwawego". W tych przygotowanych zębach zakładano porcję arszeniku o normalnej ilości, przykrywano tamponikiem waty i zamykano cementem fosfatowym. Zęby kontrolne spreparowano w identyczny sposób, tylko na miejsce arszeniku wkładano tamponik wyjałowionej waty i także zamykano cementem. Po 2 dniach uśmiercono psy; wycięto szczęki, zrobiono następnie preparaty i zabarwiono je następnie hematoksyliną - eozyną.

Doświadczenia te wykazały, że rzeczywiście arszenik po dwudniowem działaniu wywoływał zmiany w paradentium, jednakowoż w zębie kontrolnym, gdzie arszeniku nie zakładano, badania histopatologiczne wykazały tkże zmiany charakteru zapalnego.

Na podstawie tych doświadczeń można twierdzić, że As nie wywołał żadnych zmian w paradentium. Przypuszczać należy, że zmiany zapalne, występujące w tym przypadku, pochodzą wskutek urazu.

Zdarza się, że miazga nie została uszkodzona, jednakowoż same wier-

cenie ubytku powoduje to, że wypustki protoplazmatyczne odontoblastów (włókna Tomesa), zostały uszkodzone. Wykazuje to właśnie doświadczenie na zębach kontrolnych z watką, gdzie zaobserwowano również przekrwienie, wylewy krwawe, nacieczenie drobnokomórkowe, a więc identyczne objawy, jak przy zębach, w których stosowano wkładkę arszenikową. A więc wpływ urazu na miazgę jest znaczny; dlatego też wpływ urazu na tkankę okołozębwą nie powinien nas specjalnie dziwić.

Mówiąc o urazie, mamy na myśli nietylko mechaniczne uszkodzenia tkanek, lecz cały kompleks przyczyn. Każdy uraz pociąga za sobą większe lub mniejsze uszkodzenie tkanek i następny ich rozpad. Ponieważ produkty rozpadu mogą przedostawać się przez apex, mogą więc stać się przyczyną spraw zapalnych.

Wbrew przypuszczeniom wielu autorów, w żadnym przypadku nie znaleziono ognisk ropnych w okolicy przyszczytowej. Znaleziono w jednym przypadku, lecz wykazano, że u tego samego psa w okolicy zęba kontrolnego nienaruszonego wykryto rozpad i resorbcję tkanki okołozębowej. Te dwa ostatnie preparaty są bardzo ważne, bowiem wykazują, że przy zupełnie zdrowych zębach mogą występować zmiany patologiczne w paradentium i że te zmiany z leczeniem, względnie z przeprowadzonemi badaniami nie mają nic wspólnego.

Doświadczenia powyższe zgodne są ze spostrzeżeniami Franzheima, Föorstera, Webera i in., że zmiany są wywoływane przez uraz i produkty rozpadu ognisk powstałych w miazdze.

Niektórzy autorzy zarzucają, że działanie As na paradentium występuje po 48 g. Ich metodyce działania można zarzucić to, że nie biorą oni pod uwagę urazów oraz, że nie podają zębów kontrolnych tym samym urazom. Jeszcze mniej przekonywujące sa doświadczenia w związku z działaniem arszeniku i następnem wyłuszczeniem miazgi przewodowej. Tu łączy się dużo przyczyn patogenetycznych, jak uraz miazgi, zranienie ozębnej podczas wyłuszczenia, refleksja, tak, że wyłączenie tej przyczyny, aby pozostała wyłącznie rola As, jest trudne lub wprost niemożliwe. Jest tu wolne pole dla subjektywnych przypuszczeń, ale nie mają one żadnej podstawy naukowej.

Badania zębów kontrolnych, na których nie wykonano żadnych doświadczeń, wykazały rozmaite zmiany w miazdze, objawy przekrwienia, nawet miejscowe zwyrodnienie tkanek, zmiany w ozębnej, przekrwienie, graniczące prawie z pęknięciem naczyń. Literatura podaje przypadki podobnych zmian, zachodzących tylko w miazdze, nie wspomina o ozębnej; tłumaczymy sobie to w ten sposób: paradentium, a szczególnie ozębna, znajduje się pod wpływem rozmaitych czynników tak miejscowych, jak i ogólnych, mogą one doprowadzić do zmian w strukturze tkanek. Jeśli przyczyny nie są zbyt silne, zmiany te mogą zniknąć bez śladu.

Doświadczenia autora wykazują, że:

1) arszenik przez dwudniowe działanie nie ma dość czasu na to, aby przeniknął paradentium i został przez tę tkankę wchłonięty,

2) znajdująca się w paście tanina, garbując miazgę, nie pozwala na przenikane As_2O_3; Euler wykazał, że As w połączeniu z ac. boricum nie działa nekrotyzująco, nie bywa wchłaniany w tak znacznym stopniu i ogranicza rozpad tkanki odumarłej; fakt ten, który dotychczas nie miał uza-

sadnienia naukowego, obecnie da się wytłumaczyć, gdy znamy zdolność rozpuszczania się As. Balter wykazał, że As_2O_3 posiada znacznie większą zdolność rozpuszczania się w środowisku alkalicznem, aniżeli w środowisku kwaśnem, lub obojętnem; tanina, która też jest kwasem, utrudnia więc rozpuszczalność arszeniku i przez to też i jego absorbcję przez tkanki.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że podczas doświadczeń wybiera się ząb, którego miazga została podrażniona lub też lekko tylko uszkodzona, podczas gdy w praktyce lekarskiej przy stosowaniu arszeniku widzimy stan zapalny miazgi w rozmaitem natężeniu i rozmiarach.

Jeśli idzie o paradentium, to należy zauważyć, że podczas stanu zapalnego jest ono lepiej chronione przed działaniem As_2O_3, przedewszystkiem dlatego, że w miazdze w stanie zapalnym mamy acidozę, która utrudnia rozpuszczalność As, a po drugie w miejscu zapalnem działanie osmotyczne i dyfuzja jest wzmożone, przez co przenikanie As do tkanek okołozębowych poprzez apex jest w znacznym stopniu upośledzone. Ognisko zapalne w miazdze jest więc jakby barjerą, naturalnie do pewnego tylko stopnia, która broni paradentium przed wpływem chemicznym As.

Konkluzja:

1) stan zapalny tkanki okołozębowej wywoływany jest w doświadczeniach nie wskutek działania chemicznego As, lecz przez uraz twardych lub miękkich tkanek zęba.

2) Gdy przeprowadza się doświadczenia, trzeba zwrócić uwagę na budowę morfologiczną tkanek okołozębowych zębów kontrolnych — całych.

3) Pasta arszenikowa, zawierająca taninę, działając przez 48 g., nie powoduje żadnych zmian.

4) W praktyce stan zapalny miazgi jest barjerą, nie pozwalającą na przenikanie As do tkanek okolicznych, z czem się nie spotykamy w doświadczeniach.

E.

Odgłosy.

SPRAWA PONOWNYCH PROJEKTÓW OTWARCIA U NAS SZKÓŁ TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH.

Protektyka wymaga ścisłych podstaw naukowych.

(P. zesz. 3, 4, 5 i 6 r. 1935).

Sprawa techników dentystycznych w b. Kongresówce (b. zabór rosyjski) jest tak stara, jak początkowa działalność dentysty na tym terenie Polski. Nie popełnimy nieścisłości, gdy początek ten określimy na lat blisko sto. Bierzemy tu pod uwagę zapoczątkowaną tę działalność zagranicznych specjalistów - dentystów, którzy, jako doświadczeni w dziedzinie techniki dentystycznej, rozpoczęli też u siebie szkolenie uczniów. Możemy mówić o trzech linjach rodowych tych specjalistów dentystycznych w b. Kongresówce. Niestety, od przedstawicieli drugiej i trzeciej linji nie zdołano uzyskać bliższych szczegółów. W rozmowach z kolegami starej generacji nieraz podawano ciekawe szczegóły, lecz były one chaotyczne, nieści-

śle związane, a, co najważniejsze, sprawy niechętnie poruszano. Przypisać to należy jedynie słabej orjentacji, lenistwu umysłowemu, brakowi uświadomienia społecznego, luźnemu związaniu z zawodem (jedynie strona materjalna), niekiedy słabej inteligencji, fałszywemu wstydowi, unikaniu młodszej generacji przedstawicieli naszego zawodu z chęci wywyższania się lub imponowania (powodzenie życiowe). Wychwalano zasługi swoich przodków, o których, niestety, nam nic nie komunikowano, natomiast nieraz pokazywano portrety tych zasłużonych, nieraz w bardzo kasztownych ramach. Wydobycie jakiegokolwiek materjału dla przyszłego badacza lub historyka było niemożliwe. Co z tym cennym materjałem się dzieje, nie wiemy. A szkoda wielka. Bibljoteki czy też muzea nic nam dać nie mogą, bowiem im też w różnych okresach czasu nic nie dawano (mamy na względzie nasz teren).

Nic nie mówi o technice dentystycznej jedyne może dziełko w języku polskim z przed 90 laty, którego oryginalny tytuł brzmi:

„Krótki Rys Sztuki Leczenia Chorób Zębów, Dziąseł i wykonywania Operacyjnej praktycznie. Napisany przez Ludwika Jasińskiego! B. B. rzeczyw. Ucznia Fakultetu Medycz. Uniwersytetu Berlińskiego a teraz Wolnopraktykującego dentystę w Królestwie Polskiem, Cesarstwa Rosyjskiego, Szpital Główn. Cyw. Miasta Warszawy etc". Z 6 Tablicami. Warszawa, Nakładem Fr. Spiess i Spółki przy ul. Senatorskiej Nr. 460/1845. Wolno drukować w Warszawie dnia 24 sierpnia (4 września) 1844. Cenzor starszy i Naczelnik K. C. W. Niezabitowski".

„Literatura" rozpoczyna daty r.: 1754, 1790, 1804, 1808, 1840, 1841 i 1842 .„Podręcznik" ten, będący w naszem posiadaniu, obejmuje wszystkie działy, jakie spotyka się w podręcznikach czasów obecnych (nawet plombowanie zębów). O zastąpieniu zniszczonego uzębienia sztucznemi zębami niema żadnej wzmianki; prawdopodobnie, wówczas tej sztuki w Polsce jeszcze nie znano. Nie było więc tu też specjalistów-techników dentystycznych, czyli tak zw. w innych dzielnicach „zęborobów".

Natomiast znane są nazwiska osób, które po przybyciu do nas z Niemiec, Francji, Czech, Ameryki, rozpoczęły pracę czy jako dentyści, lub też jako technicy dentystyczni, zajmując stanowiska u tych pierwszych, lub pracując samodzielnie we własnych pracowniach; zajmowali się również nauczaniem techniki dentystycznej, do której to specjalności zawodowej garnęły się osoby solidne, pracując pod kierownictwem swoich szefów.

Znane są nazwiska organizatorów u nas techniki dentystycznej, którzy szkolili zastępy pracowników, ściśle trzymających się tej dziedziny dentystyki: dentyści — Openheymowie (poch. Niemcy, trzy linje blisko lat sto), Szellerowie (poch. Niemcy, 3 linje: ojciec, dwaj synowie, okres lat 75), Arendtowie (stryj i bratanek, poch. Ameryka, okres lat 75), Fijałkowski (ost. okr. ub. w.), Martin (poch. Francja również), Paschek (również), dr. Ciunkiewicz, dr. Kobyliński, Czechowicz, Zieliński Władysław, Idzikowski Feliks, Judt Herman.

Dalej widzimy, jako poważnych nauczycieli techniki dentystycznej: technicy dentystyczni — Ziemens Maks (wyróżnił się znajomością swego zawodu, pracami naukowemi i wprowadzeniem różnych inowacyj i ulepszeń; Roman James Loevi (poch. Ameryka, naucz. w b. szkole lek-denty-

stycznej okres 1891 i dalej), Zierler (niemiec, znany specjalista, tamże, tenże okres), Rahnenfeld (niemiec, druga linja, tenże okres), Idzikowski N. (Warszawa, tenże okres), Kuhle (wieloletni współpracownik Feliksa Idzikowskiego), bracia Ihle (niemcy, poważni specjaliści, którzy zajmowali stanowiska u znanych praktyków), Krzywiccy (kilka linij).

Placówki powyższe pod kierownictwem poważnych specjalistów wyszkoliły w ciągu dłuższego czasu solidne grono pracowników, oddanych swojemu zawodowi, zajmując też poważne stanowiska, lub pracując dla praktyków dentystycznych. Materjalnie powodziło im się dobrze. Wielu z tych, korzystając z dawnych przepisów prawnych o otrzymaniu stopnia dentysty, stopień ten po wymaganym stażu (stage) uzyskało, poświęciwszy się całkiem dentystyce (Zbiór Praw, Ustawa Lekarska t. XIII art. 437 — 477, 438 — 478, Zbiór cyrkularzy Ministerjum Spraw Wewnętrznych t. VII wyd. 1858 r. § 69 i 6; prawo o egzaminach, oparte na Ustawie r. 1810 również na prawie 1838 r. 28 grudnia st. i 18 grudnia 1845 r.)

Z biegiem czasu wielu z pośród tych, jako uprawnieni specjaliści, również ci, którzy na mocy prawa z dnia 7 maja st. st. 1891 r. po reformie studjów dentystycznych uzyskali stopień lekarza - dentysty oraz technicy dentystyczni zaczęli gremjalnie tworzyć techników dentystycznych, często niewiele im dając, nieraz dlatego, iż sami nie posiadali należytej kompetencji (o wyjątkach się nie mówi).

Tworzenie coraz większych kadr nowej kategorji pracowników odbywało się bez wszelkiej kontroli, co spowodowało poniekąd szkodliwe niebezpieczeństwo dla zawodu wobec niezdrowej konkurencji. Kadry te jednak zaczęły podważać pracę solidnych techników, również ich egzystencję materjalną. Niektórzy rozjechali się do większych osiedli (Łodzi, Radomia i in.), a nawet udali się w poszukiwaniu pracy do Rosji (Petersburga, Moskwy, Kazania, Kaukazu), gdzie zajęli poważne stanowiska u pierwszorzędnych tamtejszych praktyków, wyróżniwszy się swoją sumienną, solidną pracą i znajomością rzeczy. Pozostały na miejscu element techniczno-dentystyczny gorączkowo tworzył masowo uczniów, bowiem nie był pod tym względem wybredny. A wiadomo było doskonale, iż wśród masy amatorów niewielu było powołanych, natomiast wielu było chciwców łatwych zarobków i nauki bezkontrolnej, dla której wbrew innym zawodom można było być nawet analfabetą. Tacy najbardziej wysywali się, być może, dlatego, że posiadali środki materjalne na sowite wynagrodzenie często takimże niepowołanym nauczycielom za ich „naukę".

Nie należy też ominąć milczeniem faktu przyczynienia się do masowego rozwoju drugorzędnego elementu techniczno - dentystycznego w ostatnim okresie przedwojennym i podczas wojny wszechświatowej przez wychowańców b. szkół lekarsko - dentystycznych, które po zamknięciu pierwszej przez generał - gubernatora na tle politycznem robiły oszczędności na technice, niewiele dając. Gdy dziedzina techniki dentystycznej w I-ej szkole lekarsko - dentystycznej na równi z innemi przedmiotami (wykładali profesorowie uniwersytetu) była traktowana poważnie, przymusowo i prowadzona przez znanych specjalistów, w powstałych następnie uczelniach konkurencyjnych ten ważny dział specjalny traktowany był całkiem lekceważąco; kierownikami przeważnie tu byli ludzie mało wynagradzani, małej też wiedzy, w dodatku w nieznacznej też liczbie.

Kończący te uczelnie też niewiele sobie mogli poradzić z techniką dentystyczną. Byli tacy, którzy tę ważną w życiu praktyka dziedzinę starali się ugruntować u kolegów starszych, lub też u poważnych techników dentystycznych. Osoby zaś, mające „wstręt“ do techniki dentystycznej, lub też nie mające „przekonania“ do tej dziedziny, poszły w zaprzęgi do techników dentystycznych, po większej części drugorzędnych, bowiem solidni pracownicy za solidną pracę musieli być odpowiednio wynagradzani. Osoby te, pomimo wymagań życiowych i nawoływań zawodu o konieczności poświęcenia się technice dentystycznej, stale jej unikały; w miarę tego potęgował się chaos, potęgowała się mizerna konkurencja osób niepoważnych, których liczba też pomyślnie się potęgowała z dnia na dzień wobec zupełnego braku jakiejkolwiek kontroli z czyjej strony, nawet samego zawodu, t. j. poważnego grona techników dentystycznych. Czy byli oni bezsilni, czy też nie reagowali z innej przyczyny, nie wiemy.

Gdy solidny odłam techników nie szukał wcale samodzielności, bowiem im ta nie była potrzebna w swej spokojnej pracy codziennej, masowo rosnące zastępy techników dentystycznych skierowały swoje dążenia w tym właśnie kierunku. Tymczasem odnośne prawo wyraźnie im tego zabroniło w myśl postanowienia Rady Lekarskiej z ddnia 20 marca st. st. r. 1886.

Należy nadmienić, że było też sporo kandydatów na techników dentystycznych, ludzi chętnych, zdolnych, intelilgentnych, nawet z pewnem wykształceniem, którzy pragnęli istotnie pracy specjalnej. Wobec jednak nadzwyczajnego chaosu, jaki panował u nas, wobec bezplanowości nauczania i zajęć praktycznych oraz zupełnego rozluźnienia, jakie panowało wskutek braku kontroli i niesumiennego traktowania swoich obowiązków przez niektórych szefów, wiele solidnych osób porzuciło ten zawód. Z drugiej strony z tychże powodów rozwinęła się demoralizacja, która stale rosła na skutek dążeń wielu bynajmniej nie do solidnej nauki i pracy zawodowej, lecz do wielkich zarobków, dzięki swej zbyt wielkiej zarozumiałości i pewności siebie, marząc przedewszystkiem o samodzielności. Istotnie. Bynajmniej nie powoli, lecz wobec braku jakiegokolwiek hamulca większość szybko przekształciła się w niezależnych, rozpocząwszy już po krótkim czasie przemysł na własną rękę. Każdy taki niedowarzony pracownik stał się więc sam „szefem“ lub „nauczycielem“, szybko wyzwalał się z pod opieki pryncypała, dla którego stał się konkurentem. Wytworzyło się dzięki temu prawdziwe perpetuum mobile, owe błędne koło, w którem zawód nasz dotychczas się obraca.

Wskutek bagatelizowania sprawy technicy u nas coraz bardziej rozszerzali teren swej działalności. Nie zadowalniano się ani pracowniami, ani laboratorjami, ani też ordynacjami lekarzy - dentystów. Zaczęto szukać interesów korzystniejszych. Do pomocy tym, ze smutkiem zaznaczyć należy, stanęli przedstawiciele naszego zawodu. Wyzyskując obrany przez siebie zawód, tworzyli oni hurtownie dochodowe. Między innemi hurtowniami miały być t. zw. szkoły techników dentystycznych.

Nie należy ominąć milczeniem faktu wystąpienia d-ra Walickiego w r. 1900 do władz rosyjskich w sprawie otwarcia szkoły techników dentystycznych (p. Przegląd Dentystyczny d-ra Dzierżawskiego nr. 1. r. 1900 i nr. 2 r. 1901). Motywował on m. in. tę konieczność tem, że w b. szko-

łach lek. dentystycznych (wówczas) należało wyodrębnić technikę dentystyczną, jako odrębną część (?), że ta przedstawia „zupełny odrębny dział“ (?), że wychowańcy szkół techników nigdy dentystami być nie zechcą (?). Władze dały odpowiedź odmowną.

W polemice, jaka się z tego powodu wywiązała (p. nr. 5 r. 1901 tegoż Przeglądu Dentystycznego), niżej podpisany stwierdził niesłuszność poglądu co do „palącej kwestji“ założenia szkoły techników właśnie dlatego, że ci wystawiać będą aspiracje na dentystów samodzielnych; nieumiejący techniki nie winni się nią zajmować, technika nie może i ne winna być oddzielona od zębolecznictwa i stanowczo pod wieloma względami nie jest to pożądane; ogół kolegów nie był i nie jest za przyjęciem projektu d-ra Walickiego; wszystkie działy dentystyki wymagają podstaw naukowych; technik, o jakim myślał dr. Walicki ,człowiek, od którego wymagać się nie będzie żadnych kwalifikacyj naukowych, nie mający pojęcia o układzie jamy ustnej pacjenta, ani na wykonanie lege artis dostawek, ani jakąkolwiek pomysłowość w rozwoju techniki się nie zdobędzie; lekarze - dentyści teoretycznie i praktycznie technikę bezwarunkowo znać muszą, aby mogli należycie kierować stosowaniem techniki do potrzeb pacjenta; plan roboty technicznej, ściśle zastosowanej do danego przypadku, musi powstać w głowie lekarza-dentysty; wykonanie też należeć powinno do lekarza, który podczas pracy pamięta i ma na oczach układ ust pacjenta i do tego zastosować się postara, zaś technik li tylko mechanicznie robotę odrabia; wątpić należy, że przyszli — w pojęciu dra Walickiego — technicy mieliby być inni, tem bardziej, że w założeniu planu od nich żadnego cenzusu naukowego nie wymaganoby; biorąc rzecz z praktycznej strony widzenia, żadnemi cudownemi drogami nie zdołanoby przeciwdziałać aspiracjom techników do przeobrażenia się w zębolekarzy; trudna byłaby kontrola, czy dany technik nie chodzi z cementami po domach i nie paskudzi, jak to się stale dzieje; stanowisko społeczne całego legjonu mających się narodzić techników ze szkół technicznych byłoby niewyraźne; gdyby byli cechowymi, mieliby ręce rozwiązane i naprawdę trudnoby było ich skontrolować, czy wyjmują i plombują zęby; również nie mogliby być czeladnikami u majstrów cechowych, lub doktorów, lekarzy - dentystów; przy coraz wzmagającej się liczbie specjalistów, przy istnieniu rozmaitych specjalnych pracowni do wyrabiania sztucznych zębów, praktyka dentystyczna zostałaby tak rozdrobniona, że nie byłoby specjalistów, którym materjalne warunki pozwoliłyby angażować wychowańców proponowanej techniczno - dentystycznej szkoły.

Technik i lekarz - dentysta jednoczyć się musi w jednej osobie; technika dentystycznego wytworzyły nowsze czasy, doktorzy i lekarze - dentyści, którzy ogólnie wziąwszy (o wyjątkach się nie mówi) techniką zajmować się nie chcą, nie mogą, gdyż jej nie umieją. Każdy jednak rozumie, że bez techniki obejść się nie można, ani pacjenta, ani jego samego robota technika nie zadowoli. Dla zaradzenia zarzutowi, że ręce od pracy technicznej się niszczą. można posługiwać się, jak to się zazwyczaj dzieje przy robotach grubszych, nieskomplikowanych, jak nastawienie i zdejmowanie kotła i t. d., służącymi, którzy przy osobistym nadzorze specjalisty zrobić to bez szkody potrafią.

Taka była opinja w r. 1901.

W r. 1904 b. Departament Medyczny złożył do Ministerjum Oświaty Ludowej oświadczenie Odeskiego naczelnika miasta w sprawie „porządku otwierania szkół techniczno - dentystycznych". Ministerjum Oświaty, po rozpatrzeniu przedłożonej sprawy, nie tylko że nie znalazło potrzeby zakładania szkół powyższej kategorji, lecz przypuszczało, że szkoły stanowczo miałyby wpływ ujemny na sprawę praktyczną dentystyki.

Dalej: — Ministerjum Oświaty, po skomunikowaniu się z Ministerjum Spraw Wewnętrznych, wyjaśniło, że porządek wydawania atestatów na stopień technika dentystycznego przez cechy jest nieprawny, gdyż przygotowanie sztucznych zębów i wykonywanie innych bardziej skomplikowanych robót w t. zw. pracowniach dentystycznych nie mają bezpośredniego stosunku do techniki dentystycznej i nie mogą być porównywane do zwykłych wyrobów jubilerskich.

Sprawa była jasna. D. c. n.

O AUTORYTET PRAWA.

Twarde prawo czy bałamutna rzeczywistość. Wykroczenia i przestępstwa karne. Ignoracja i tolerancja. Odpowiedzialność prawna.

(P. zesz. 5 i 6 r. 1935).

III. Ulotki, „publikacje", plakaty wewnętrzne (sklepowe, kinowe, kolejowo-peronowe) i zewnętrzne (parkanowe, słupowe, zagrodowe i t. d.).

Dawny sposób łapania nieuświadomionych pacjentów drogą ulicznych i rozsyłanych ulotek oraz plakatów w różnych sklepach, golarniach, sodowiarniach i t. p., jak i poprzednio wymienione wędki reklamiarsko - ogłoszeniowe, również i obecnie nie uznaje prawa, czyli ogłoszonych przepisów prawnych władzy polskiej, na które wyżej powoływaliśmy się. I tu w grę wchodzi brak etyki i unikanie uzyskania odnośnych zezwoleń, tolerancja, czy też nieświadomość niektórych przedstawicieli władzy wykonawczej.

Z przyczyn technicznych (braku miejsca i niezbędny wydatek na wykonanie klisz cynkograficznych) przytoczymy tu niektóre tylko „arcydzieła" nieprawnej reklamy, większych natomiast podamy w formie druku tekstowego. Oto wzorki:

Plakat oryginalny rozm. 25 — 33 ctm., przeznaczony prawdopodobnie dla użytku ulicznego lub sklepikarskiego, wydrukowany dużemi i grubemi czcionkami na grubym kartonie w dwóch językach opiewa:

„Lekarz - dentysta H. Chmielińska b. asystentka pp. D-rów J. Przybylskiego i Mokrzyckiego w Warszawie przyjmuje od dnia 5-go czerwca r. b. w godzinach od 8 — 11 i 17 — 19 w Helu w domu Nr... P. Hallmanna, na vis a vis przejścia do „Molo".

„Zahn - Atelier hiermit gebe ich bekannt, dass ich vom 5 Juni ds. Jahres in Hel mein Zahn - Atelier eröffne. Empfangstunden: 8 — 11 und 17 — 19. H. Chmielińska Zahnarzt Hel — im. P. Hallmannschen Hause Nr... gegenüber dem Eingang der Landungsbrücke."

Treść mówi sama za siebie. Wiedza fachowa, większe zainteresowa-

nie, sumienna praca — oto czynniki, których najwytworniejsza nawet blaga nie zastąpi. życie to stwierdza...

Przykład Zakopanego:

„Niniejszym mam zaszczyt zawiadomić Szan. Pana, iż z dniem 1-go października r. b. otwieram Gabinet Lekarsko - Dentystyczny przy ul. Krupówki 3, I piętro, obok kościoła paraf. Wszelkie zabiegi lekarskie i techniczne wykonywuj starannie, według najnowszych metod, i po cenach przystępnych. Mam nadzieję, że potrafię zadowolnić największe wymagania Sz. Pana. Z poważaniem Augustynowiczówna Halina, lekarz - dentysta".

Druczek kartonowy skromnych rozmiarów 15 — 11 ctm, wykonany w poważnym tonie doboru czcionek, cały drukowany z wyjątkiem imienia i nazwiska ręcznie napisanego na drukowanej kropkami linji. Widocznie ktoś sobie wydrukował okólniki „na zapas". Uwaga na końcu „okólnika" jest charakterystyczna. Dotychczas w podobnych „ogólnikach" drugorzędnych modystek czy też modniarek (nie znamy się ani na sukniach, ani kapeluszach) również obiecano tego rodzaju „nadzieje zadowolenia i największe wymagania", lecz nie... panów.

Na Okęciu k. Warszawy, również na terenie Lotniska Wojskowego i w sklepach rozpowszechniony był plakat (karton rozm. 32 — 21 ctm.) lekarki - dentystki Ejdus - Rotsztajnowej (Al. Krakowska 50). Plakat ten nie miał charakteru zwykłego szyldu w myśl przepisów prawnych, prawdopodobnie autorce nieznanych (p. wyżej). Nie wskazywał drukarni również wbrew prawu, a zatem nie ulega wątpliwości, iż tu właściwa władza — Starostwo nie mogło zezwolić na „upiększenie" tego terenu plakatami, czyli na ten sposób spopularyzowania autorki, ani też po sklepach. że policja nie reagowała, rzecz nie nasza. Na skutek interwencji teren wojskowy został oczyszczony od tych upiększeń; sklepy i inne tego rodzaju instytucje naturalnie sprawę popierały.

Sposób rozplakatowania firmy nie był wystarczający. Pani Ejdus - Rotsztajnowa chwyciła się dobrze znanego sposobu zdobywania praktyki drogą rozpowszechniania ulotek, również przez prawo zakazanych. Pani Ejdus - Rotsztajnowa jest członkiem Związku lekarzy - dentystów w P. P. Plakat wraz z ulotką swego czasu przesłaliśmy tej instytucji, w celu skierowania do właściwego Starostwa. Co się stało — nie wiemy.

że ulotka miała charakter nieprawny, dowodzi poniższa jej ilustracja. Widzimy tu aż 40% zniżki dla PP. Oficerów, Podoficerów i ich Rodzin (wszystko *dużemi literami). —* Z jakich cen? Wszak jest to zwykła pułapka, na którą bezwarunkowo osoby te brać się nie dadzą, jak m. in. o tem mogliśmy się przekonać bezpośrednio od pacjentów. Gdy np. sklep z piernikami oznajmia w oknach wystawowych o „zniżkach" z okazji świąt, podaje jednocześnie ceny towaru w myśl rozporządzenia Komisarjatu Rządu, aby ludzi nie nabierać dowolnie. Wprawdzie, ulotki p. Ejdus-Rotsztajnowej nie były ulokowane w oknie, jednak tu musiały też być wskazane „ceny normalne" czyli „cennik", aby wyszczególniona grupa obywateli wiedziała z czego ma być 40% zniżka! Mówimy, naturalnie „gdyby p. E. Rotsztajnowa miała traktować swoją placówkę, jako zwykły sklepik w imię dewizy „aby handel szedł".

Mamy tu stare „wędki“ roboty jeszcze przedwojennej do łowienia naiwnych. Takiego jednak terminu, zapewniamy p. Ejdus - Rotsztajnową, stosować nie można ani do oficera polskiego, ani do podoficera, ani do członków ich rodzin, ani też do zwykłego szeregowca, nawet rekruta. Co więcej — „zachęta“ ta poniekąd stanowi obrazę dla tych ze względu na nietaktowne traktowanie. Będą oni jednak, jak się zdaje, wyrozumiali w myśl przysłowia „poznać pana po cholewach jego“ (w danym przypadku istnieje tylko różnica). Jaka reklama — taka robota.

LEKARZ DENTYSTA

T. Ejdus-Rotsztejnowa

OKĘCIE, ALEJA KRAKOWSKA 50

dom Wozdusiewicza, front, parter.

LECZENIE, PLOMBOWANIE i USUWANIE ZĘBÓW

Przyjmuje od 10 r. do 7 w.

LABORATORJUM ZĘBÓW SZTUCZNYCH

pod osobistem kierownictwem.

Dla PP. Oficerów, Podoficerów i ich Rodzin — 40% zniżki.

ORAZ DOGODNE WARUNKI.

Wyszczególnienie w ulotce lekarki - dentystki wszelkich rodzajów zabiegów przez nią wykonywanych: „leczenie, plombowanie, usuwanie zębów“ stanowi też ciekawy wybieg. Wszak specjalistka w zakresie zębów zębami tylko zajmować się może i niczem więcej.

Wielkie, poważne instytucje mają *osobistych* wykonawców i kierowników. O powadze p. Ejdus - Rotsztajnowej, która posiada laboratorjum zębów sztucznych „pod osobistem kierownictwem“, jakoś nie słyszeliśmy. Pocóż to więc tak zaakcentować? Byłoby mniej wprawdzie skromnie, gdyby była wzmianka o „osobistem wykonywaniu“. Imponująca powaga bynajmniej nie jest w danym przypadku poważna. Zresztą, i ten trick znany jest dobrze z czasów przedwojennych, kiedy każdy mógł sobie imponować czem chciał i mógł.

Oto inny sposób imponowania:

> *„Ogłoszenie. Z dniem 1-go lipca 1935 r. został otwarty Gabinet Dentystyczny przy ulicy Kościuszki Nr. 4 w domu p. Altowej. Uskuteczniam wszelkie zabiegi dentystyczne w zakresie chorób jamy ustnej i wykonuję roboty techniczne: korony, sztuczne zęby, mostki, kauczuki najnowszego systemu oraz korony porcelanowe. Gabinet otwarty codziennie od godz. 8-ej do 2-ej i od 4-ej do 6-ej po-*

południu, oprócz niedziel i świąt Lekarz - dentysta I. Światogor-Sztepinowa. Ostrołęka, dnia 1 lipca 1935 r.

Plakat powyższy, który przypadkowo wpadł w nasze ręce, „opublikowany“ był w Ostrołęce w sklepach i rozdawany też przez technika Joskiewicza, zamieszkałego w tymże domu przy ul. Kościuszki 4. Pani Światogor - Sztepinowa poprz. praktykowała w Łomży i, jak świadczy adres drukarni, plakat rozm. 17 — 24 ctm. przywiozła z tegoż miasta. Paradnie wygląda w wyliczeniu wszelkich wszelkości w dosyć poważnej liczbie, uwaga: *„kauczuki dentystyczne najnowszego systemu“ (!!)*, co dowodzi doprawdy braku wszelkiej znajomości rzeczy, a znaczy się protetyki. Są tu też *korony porcelanowe* (nie dodano wszelkich systemów!).

Jakie to są *kauczuki?*

Nie mamy potrzeby przytoczenia też odnośnego art. przepisów prawnych (p. wyżej), aby przekonać p. lekarza powiatowego, iż powyższy sposób ulotkowanie jest niewłaściwy. A wszak do atrybucji władz wykonawczej należy „przekonywanie“ w drodze administracyjnej naszych zwolenników „dowolności“. Być może, iż dla niektórych osób jest to bagatelka. Wiadomo jednak, iż ze spraw bagatelnych powstają nieraz wielkie. Rzecz dziwna, iż miejscowi praktycy w liczbie stosunkowo poważnej dla Ostrołęki, nie potrafią interwenjować w tej sprawie. Lekarz powiatowy odniósłby się przychylnie do niej, jak to czyni wielu innych przedstawicieli nadzoru lekarskiego. Dla pani Światogor - Sztepinowej nie może być wyjątku. Wymieniony plakat reklamiarki mógł trafić do Warszawy, mógł też bez zastrzeżeń trafić do lekarza powiatowego.

W Sokołowie Podl. rozdawane były nast. ulotki:

„Lekarz - Dentysta Józef Próchniewicz ma zaszczyt zawiadomić, iż z dniem 1-go stycznia b. r. otworzył gabinet lek.-dentystyczny w Sokołowie Podlaskim przy ul. Kilińskiego Nr. 9. Wszelkie choroby zębów leczę systemem najnowszym; usuwanie zębów bez bólu. Przyjmuję również roboty techniczne z zakresu dentystyki. Warunki dogodne, niezamożnym ustępstwo“.

Ulotka wydrukowana na papierze kolorowym, rozm. 24 — 15 ctm.: „leczy wszelkie choroby zębów najnowszym systememe, przyjmuje również roboty techniczne z zakresu dentystyki“. Jakie to są „najnowsze“? Czy dentysta może wykonywać roboty *nie z zakresu dentystyki?* Wszak ulotki uliczne prócz „zachęcającej“ reklamy winny być w zgodzie z logiką i nie służyć jako materjał do kpin. Wszak wyrabia to opinję o autorach...

Ulotki na kolorowym papierze, rozdawane po sklepach w Płońsku, krótko i węzłowato brzmią:

„Zanotuj sobie adres. Lekarz - dentysta St. Chądzyński, Płońsk, ul. Płocka 41, naprzeciw poczty, w ogródku. Ceny lecznicowe. Plomby, Koronki, Mostki“.

Jakie są to ceny lecznicowe w Płońsku, gdzie lecznicy dentystycznej wszak niema?

Drugi „okólnik“ tegoż autora w Warszawie, pisany ręcznie prawdopodobnie rozesłany do różnych zakładów naukowych brzmi:

„Gimnazjum WPani A. Wolickiej wm. Krucza 44. Wobec rozpoczynającego się nowego Roku Szkolnego pozwalam sobie zakomuni-

kować, że wprowadziłem w celu leczenia zębów po wyjątkowo niskiej cenie: małe Abonamenty na 10 wizyt w cenie zł. 30 i duże Abonamenty na 20 wizyt w cenie zł. 60.— dla uczącej się Młodzieży i personelu Nauczycielskiego. Prócz tego na życzenie Zakładu Naukowego dokonywam inspekcyj Jamy Ustnej, dając każdemu pacjentowi Arkusz przeglądowy. Nie wątpię, że WP. zechce łaskawie skorzystać z mych usług, polecając Gabinet mój (od 16 lat Chłodna 24) osobom potrzebującym pomocy Dentystycznej, pozostaję w oczekiwaniu łask, odpowiedzi. Z poważaniem S. Chądzyński".

Pisownię zachowaliśmy. Świadczy ona o *powadze* autora i przekonywa dostatecznie osoby, do których się zwraca. Komentarz zbyteczny...

D. c. n.

SPRAWY AKADEMJI STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

W poprzednim zeszycie „Kroniki" (z 6 r. 1935) podaliśmy ogólnikowo pewne uchwały, dotyczące Ak. Stom. w Warszawie. Ze względu na bieg obchodzącej zawód sprawy i ważność zilustrowania faktów oraz przedstawienia czytelnikom całokształtu wynikłej kwestji podajemy pozyskany materjał dla celów orjentacyjnych. Należy dodać, iż omawiana sprawa. Ak. Stom. również poruszona została na terenie Naczelnej Izby Lekarskiej, niezależnie, jak wzmiankowaliśmy, od wystąpień niektórych wszechnic polskich, Lwowskiego Okręgowego Związku Lekarzy P. Polskiego i Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskej. Wystąpienia tych instytucyj dotyczyły mianowicie przeniesienia studjów stomatologicznych do Wydziałów Lekarskich wszechnic i zwinięcia Akademji Stomatologicznej. Uważaliśmy powywższe wystąpienia drogą odpowiednich memorjałów za sprawy wewnętrzne wzmiankowanych instytucyj, które nie podlegają narazie ogłoszeniu. Tymczasem zostały one ujawnione przez część naszej prasy. Wobec tego my również zmuszeni jesteśmy podzielić się z czytelnikami posiadanym materjałem, spełniając też obowiązek kronikarski.

I.

Umotywowanie wniosku

zgłoszonego przez Zarząd Lwowskiego Okręgu Związku Lekarzy Państwa Polskiego i przyjętego na Walnem Zebraniu Związku dnia 28 kwietnia 1935 w sprawie likwidacji Akademji Stomatologicznej w Warszawie w jej obecnej postaci i przyłączenia jej do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

I. Akademja Stomatologiczna w Warszawie (dawniej Państwowy Instytut Dentystyczny) jest obecnie instytucją zupełnie niepotrzebną i obciążającą w zupełnie zbędny sposób budżet państwowy. Państwowy Instytut Dentystyczny został bowiem utworzony przed 15 laty jako instytucja *likwidacyjna*, mająca za zadanie zlikwidowanie stosunków, zaistniałych przez przejęcie przez Państwo dawnych prywatnych szkół dentystycznych.

Likwidacja, która stanowiła zadanie Państwowego Instytutu Dentystycznego, miała polegać na tem, aby umożliwić młodzieży, która rozpoczęła była studja dentystyczne w byłych szkołach prywatnych, a z powodu działań wojennych doznała przerwy w swej nauce, ukończenie studjów i umożliwienie egzystencji zarobkowej. Również chodziło o to, aby zapełnić wolne kadry lekarzy - dentystów w instytucjach ubezpieczenia społecznego, w wojsku i t. d. Na likwidację tego rodzaju wystarczał czasokres najwyżej lat 5-ciu. Dzisiaj, po 15 latach istnienia Akademji Stomatologicznej (Państwowego Instytutu Dentystycznego), musimy powiedzieć, że okres ten został trzykrotnie przekroczony i zamiast likwidacji mamy petryfikację wspomnianej uczelni.

Państwowy Instytut Dentystyczny wydawał swym absolwentom dyplomy z tytułem lekarza - dentysty, Akademja Stomatologiczna zaś poczęła obecnie wydawać swym absolwentom dyplomy z tytułem „lekarza - stomatologa", czem przyczyniła się jedynie do powiększenia i tak już znacznego chaosu w zakresie nauczania i uprawnienia na polu dentystyki względnie stomatologji, co znalazło swój wyraz na jednem z posiedzeń w Państwowej Radzie Zdrowia, i przeciwstawia się tak żywo postulowanej od lat kilkunastu przez kompetentne sfery dentystyczne unifikacji nauczania i praktycznego wykonawstwa dentystyki. Stan, który istnieje obecnie, polegający na tem, że w przeciwieństwie do tego, co się dzieje we wszystkich innych działach medycyny, nauczanie dentystyki jest rozszczepione, że w uniwersytetach we Lwowie, w Krakowie, Poznaniu udziela się specjalizacji stomatologicznej lekarzom po ukończeniu całkowitych studjów lekarskich, a w Warszawie tworzy się „lekarzy - stomatologów" swoistego autoramentu na podstawie 4-letnich studjów, co jest anomalją, której dalsze istnienie nie powinno być tolerowane przez te wszystkie czynniki, którym rozwój nauki polskiej leży na sercu.

Wszelkie typy „lekarzy drugiego rzędu", jak felczerzy, chirurdzy starej daty i t. p., zostały skazane na wymarcie, niema więc żadnego powodu, aby masowo produkować odrębny typ niezupełnych lekarzy i nadawać im tytuł „lekarzy - stomatologów", do którego ani czasokres studjów, ani też ich pogłębienie nie dają żadnej podstawy. Stomatologja jest organiczną częścią wiedzy i nauki lekarskiej, jak chirurgja, położnictwo, laryngologja i inne specjalności lekarskie i tylko po zdobyciu wiedzy ogólno - lekarskiej może być mowa o dalszem kształceniu specjalnem. Dlatego też niema potrzeby obecnie zapełniać, jak to było kilkanaście lat temu, pustych kadr pracowników dentystycznych, gdyż z biegiem czasu kadry te nietylko, że się zapełniły, lecz zapotrzebowanie ich także wybitnie się zmniejszyło.

II. Za likwidacją Akademji Stomatologicznej przemawiają poza tem tak ważkie w dzisiejszych czasach względy gospodarcze. Przy obecnej tendencji obcinania wszelkich zbędnych urządzeń i instytucyj winna Akademja Stomatologiczna znaleźć się jako jedna z pierwszych na liście instytucyj, mających ulec redukcji. Budżet państwowy wymaga ograniczeń wydatków zbędnych, a poza tem Akademja Stomatologiczna, wyznając zasadę t. zw. samowystarczalności, stwarza przykrą konkurencję dla praktyków dentystycznych, pracujących dziś z powodu zubożenia coraz bardziej postępującego szerokich warstw społeczeństwa w coraz trud-

niejszych warunkach i uginających się pod brzemieniem niewspółmiernie wysokich w stosunku do dzisiejszych warunków zarobkowania, ciężarów podatkowych i innych obowiązkowych świadczeń społecznych, ubezpieczeniowych i organizacyjnych. Nadmierna hiperprodukcja aparatu pomocniczego i administracyjnego, organizacja zarobkowania wśród klijenteli prywatnej przez personel Administracji Stomatologicznej w godzinach popołudniowych, kumulacja posad przez wykładowców, stosunek procentowy obu płci wśród młodzieży studjującej, są to wszystko anomalje, wskazujące na to, że instytucja, o której mowa, zapomniawszy o swej roli pierwotnej likwidatorskiej i pełniąc dalej swe funkcje, spełnia je w sposób anormalny, niepotrzebny, a nawet szkodliwy. Odbija się to też na poziomie naukowym, który pozostawia wiele do życzenia i nie wykazuje wśród licznej rzeszy studjujących takiego odsetka pracujących naukowo, jakiegoby oczekiwać należało, wskutek czego dorobek naukowy Akademji po upływie 15-tu lat istnienia jest znikomy.

Również anomalją jest autonomja tej instytucji, czyniąca ją zawisłą bezpośrednio od Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, podczas gdy całe nauczanie medycyny uzależnione jest tradycyjnie od organizacji uniwersyteckiej w ramach wydziałów lekarskich. Byłoby raczej wskazane, ażeby sumy, wydawane na utrzymanie Akademji Stomatologicznej, zużyć na rozbudowę i wyposażenie techniczne istniejących już katedr Stomatologji przy Uniwersytetach polskich.

III. Pod względem zawodowym i deontologicznym jest anomalją, że lekarze ogólni i specjaliści podlegają zarówno jurysdykcji okręgowych Izb Lekarskich i Sądów Państwowych, podczas gdy wychowankowie Akademji Stomatologicznej nie posiadają żadnego autonomicznego przedstawiciela zawodowego na wzór Izb Lekarskich, wskutek czego wszelkie wykroczenia w kierunku kolizji z zasadami deontologji uchodzą płazem i nie mogą być karane przez władze autonomiczne. Jest to jaskrawa nierówność w porównaniu z członkami stanu lekarskiego.

Również pod względem naukowym odbije się niewątpliwie likwidacja Akademji Stomatologicznej w jej obecnej postaci i przyłączenie tego studjum do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w sposób korzystny na wydajności naukowej i na poziomie zarówno wykładów jak i wymogów.

Organiczna łączność z uniwersytetem, wynikająca stąd wzajemna emulacja i kontrola, współdziałanie z innemi instytucjami medycznemi, zarówno teoretycznemi, jak i praktycznemi, ożywią niewątpliwie skostniałe w wiekowej rutynie studjum stomatologiczne i sprawią, że owoce działalności tego Instytutu wzbogacą stomatologję polską i przyczynią się do możności postawienia jej na równi z poziomem, na którym ta gałąź wiedzy znajduje się poza granicami państwa.

IV. Co do technicznego sposobu likwidacji, to naturalnie nie może być mowy o tem, by odrazu uczelnię zamknąć i zostawić studjującą młodzież w sytuacji bez wyjścia. Likwidacja musi, podobnie jak każda likwidacja wogóle, odbyć się systematycznie i w odpowiedniem tempie. Nie można dopuścić do tego, by młodzież ucierpiała z tego powodu, że instytucja, która swą działalność likwidatorską powinna była dawno już ukończyć, jeszcze ciągle istnieje jako odrębna jednostka organizacyjna. Należałoby więc,

jako pierwszy etap likwidacji, zamknąć wpisy na I rok studjów z początkiem przyszłego roku akademickiego 1936/37, t. zn. w październiku 1936. Niezależnie od tego inne lata winny być doprowadzone aż do końcowego okresu studjów i egzaminy przeprowadzone podobnie jak to się działo dotychczas, tak, aby młodzież, która studja rozpoczęła była, miała również możność odpowiedniego ich ukończenia.

Celem opracowania dokładnych sposobów likwidacji Akademji Stomatologicznej przy uwzględnieniu postulatów zarówno naukowych, jak i zawodowych, należałoby ewentualnie powołać do życia specjalną komisję likwidacyjną, w skład której weszliby zarówno przedstawiciele władz, jak również delegaci przedstawicielstw autonomicznych, tudzież dentystycznych związków fachowych. Komisja w takim składzie miałaby możność wszechstronnego opracowania sprawy, opierając się na doświadczeniu swych członków, tudzież na znajomości stosunków w danej dziedzinie, jakie istnieją zagranicą. Powinnaby ona pracować w permanencji i składać sprawozdania ze swych prac w perjodycznych odstępach czasu, aż do chwili, kiedyby likwidacja zakończona została. Takie ujęcie sprawy dałoby rękojmię, że likwidacja Akademji Stomatologicznej będzie przedsięwzięciem, na którem zarówno finanse Państwa, jak i postęp nauki, tudzież interesy zawodu lekarsko - dentystycznego zyskają.

II.

Uchwały wiecu studentów Akademji Stomatologicznej

(w skróceniu)

Dnia 30 maja 1935 r. w Auli Akademji Stomatologicznej przy ul. Marszałkowskiej 151 odbył się wiec studentów A. S. w sprawie uchwał, dotyczących likwidacji A. S. w Warszawie. Jako delegat og. zebrania profesorów A. S. obecny był doc .dr. med. Zeńczak.

Przechodząc do oceny formalnej i merytorycznej treści uchwał, ogół studentów A. S. stwierdza, że:

Najwyższe miarodajne czynniki państwowe i ustawodawcze podniosły d. P. I. D. do godności uczelni akademickiej, nadając jej obecną nazwę Akademji Stomatologicznej, co znalazło swój wyraz w ustawie o szkołach akademickich z r. 1933. Przekształcenie P. I. D. na uczelnię akademicką pociągnęło za sobą reorganizację studjów stomatologicznych w sensie ich rozszerzenia, zwiększenia wymagań oraz zmianę statutu uczelni, jak i wreszcie w sposobie uzyskiwania dyplomu lekarza - stomatologa. Jak powszechnie wiadomo, chyba z wyjątkiem Zw. Lek. P. P., program nauczania w A. S. obejmuje poza czterema katedrami przedmiotów ściśle stomatologicznych niemal wszystkie przedmioty wiedzy ogólno - lekarskiej, wykładane przez profesorów i docentów wydz. lek. U. W. i to w zakresie, uznanym przez nich samych za zupełnie wystarczającym dla specjalności stomatologicznej. W zakresie powyższego programu wychowankowie A. S., niezależnie od pracy na czterech klinikach swojej specjalności i egzaminów dyplomowych z tych specjalnych przedmiotów, składają ponadto w ciągu swych studjów 14 egzaminów z tyluż przedmiotów wiedzy ogólnolekarskiej.

W tym stanie rzeczy wystąpienie Zw. Lek. P. P. musi spotkać się ze strony studentów A. S. z należytą odprawą a to z przyczyn następujących:

1. Zw. Lek. P. P. jest tylko organizacją zawodową, której celem, według brzmienia par. 3 Statutu, jest organizacja stanu lekarskiego i obrona jego interesów zawodowych oraz utrzymanie ogółu lekarzy na wysokim poziomie etycznym i społecznym.

Podjęcie tego rodzaju uchwały — jak powyżej przytoczona — wykracza nietylko poza ramy statutu, ale jest uzurpującą prawa, przysługującego miarodajnym i do tego powołanym czynnikom.

2. Niezależnie od formalnych usterek należy podkreślić, że uchwała ta została powzięta, co nabiera specjalnego posmaku, przez Zw. Lek. P. P., w skład którego nie wchodzą lekarze - stomatolodzy, ani też specjaliści stomatologowie, a zatem przez grono osób nieobeznanych ze specjalnością, o której chcą wyrokować. A jeżeli nawet w składzie wspomnianego Związku znajdują się nieliczne jednostki, które obrały sobie tę specjalność, to nie będąc obznajomionemi należycie ani ze sposobem nauczania w A. S., ani z jej organizacją, ani z wymaganiami, stawianemi jej wychowankom, nie mogą orzekać o stopniu wiedzy ani uzdolnienia praktycznego do wykonywania przez tychże ich zawodu. Jeżeli zaś orzekają, to czynią to w sposób subjektywny, tendencyjny, ukrywając nieudolnie istotne przyczyny swych wystąpień.

3. Należy stwierdzić, że istnieją również lekarze absolwenci wydziałów lekarskich uniwesytetów niekoniecznie stojących zawsze na wysokości swego zadania, ale to jeszcze nie przesądza wartości i zasadności istnienia uniwersyteckich wydziałów lekarskich. Podobne wypadki mogą mieć miejsce również wśród absolwentów A. S., co również nie może dawać nikomu podstawy do takich uogólnień i wniosków, na które sobie w sposób bezprzykładny i jure caduco pozwoliło XVI Doroczne Walne Zebranie Zw. Lek. P. P.

4. Od Zw. Lek. P. P., jako organizacji stanowej, reprezentującej ludzi nauki i wiedzy, należało się spodziewać wszystkiego, ale nigdy bezzasadnego ataku na uczelnię, stanowiącą poważny dorobek kulturalny odbudowującej się moralnie polskiej społeczności państwowej — na uczelnię, podniesioną do godności szkoły akademickiej, uczelnię jedyną tego rodzaju nietylko w Państwie Polskiem, ale i we wszystkich krajach słowiańskich i mieszcząca z tego tytułu w swych murach obcojkrajowców.

Podejmując taką uchwałę, Zw. Lek. P. P. nietylko skrzywdził moralnie a co zatem idzie i w społeczeństwie nienależycie w tych sprawach pracy zawodowej, ale przedewszystkiem, usiłując poderwać przez swoje wystąpienie autorytet tej uczelni i rzucić na nią niekorzystne światło, wykazał brak objektywizmu w sądzie i brak wyrobienia państwowego i społecznego.

W tym stanie rzeczy ogół studentów A. S., zebrany na wiecu 30 maja 1935 r.

1) odpiera z oburzeniem bezprzykładne wystąpienie Zw. Lek. P. P. tak pod względem formalnym jak i merytorycznym, piętnując je jako nieobywatelskie i niepaństwowe.

2) Zakłada uroczysty i energiczny protest przeciwko ingerencji w sto-

sunki wewnętrzne A. S. ze strony czynników niekompetentnych i niepowołanych.

3. Zwraca się z gorącym apelem do Jego Magnificjencji Pana Rektora i Ogólnego Zebrania Profesorów A. S., prosząc o energiczne zareagowanie na wystąpienie Zw. Lek. P. P. w sposób, mający na celu zapewnienie godności i powagi uczelni oraz ochronę jej wychowanków (podł. „Ddwumiesięcznika Stomatologicznego“, nr. 1 r. 1935, maj — czerwiec, str. 41).

Dop. red. Redakcja nasza czyni pewne zastrzeżenia co do sposobu ujęcia uchwał.

(D. c. n.)

Zjazdy.

I.

VII POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Warszawa, od 1 do 3-go listopada 1935 r.

(C. dalszy — P. zesz. 6 r. 915)

Cieszyński A. prof. dr. Lwów **Z zagadnień statycznej budowy czaszki:**

a) Czy wczesne wyjęcie zawiązków drugiego i trzeciego dolnego trzonowca przy progenji jest wskazane?

b) Płaszczyzna zgryzowa w różnym wieku na podstawie badań statycznych.

c) Próba wytłumaczenia kształtu zębów ze stanowiska statyki.

a) Czynniki rozrostu żuchwy są wrodzone, zależne od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, i funkcyjno - statycznej. Na czynniki statyczne wpłynąć możemy przez unormowanie funkcji: przez przeciwdziałanie złym nawykom, a biologicznie przez: 1. ograniczenie parcia wewnętrznego na skutek rozrastających się zawiązków zębów i 2. przez skierowanie odpowiednie głównej osi przebiegu mięśni żucia.

W Bolonji (1935) autor przedłożył dowód, że rozrost szczęk następuje przedewszystkiem w okolicy wyrostków zębodołowych i to mezjalnie i dystalnie od płaszczyzny oczodołowej zewnętrznej, która przechodzi przez boczny filar wzmacniający szczękę, filar jarzmowo - czołowy, i przez główną oś górnego prawego trzonowca .

W miarę rozwoju aparatu żucia wysuwa się szczęka górna z tyłu ku przodowi. Stojące pierwotnie w zewnętrznej płaszczyźnie oczodołowej piątki górne zostają wypchnięte ku przodowi przez wyrzynające się za nimi szóstki. Od tej chwili pozostają zęby na temże miejscu, a rozrost dalszy szczęk odbywa się ku tyłowi. Analogicznie ma się sprawa z rozrostem wyrostka zębodołowego i trzonu żuchwy.

Decydujący wpływ na wysokość szczęk ma rozrost wyrostków zębodołowych, które w następstwie pociągają za sobą odpowiednio dłuższe lub krótsze ukształtowanie się gałęzi wstępującej żuchwy.

Uformowanie się kąta żuchwy zależy od wysokości wyrostków zębodołowych i kierunku przebiegu mięśni żucia. Mięśnie te mają wpływ na

uformowanie się szczęk. W kierunku siły głównej osi m. żwaczy przechodzi główna oś pierwszych dolnych trzonowców.

W korelacji z temi zjawiskami odbywa się rozrost szczęki dolnej.

Po wyrznięciu się szóstek działają zawiązki siódemek i ósemek, jak klin odpychający przednią część czaszki twarzowej od czaszki mózgowej.

Przy przyrodzonej skłonności rozrostu patologicznego żuchwy zredukować można to wewnętrzne parcie przez wczesną ekstrakcję dolnych ósemek, a nawet siódemek, jeżeli stwierdzimy nadmierne tworzenie się wydatności żuchwy. Przez wyeliminowanie tej wewnętrznej prężności w żuchwie działamy hamująco na dalsze przesunięcie mięśni, służących do żucia ku przodowi i zatrzymujemy je w pierwotnej pozycji odnośnie do płaszczyzny FH. Dzięki temu hamuje się w sposób biologiczny rozrost trzonu żuchwy i przesuwania się dolnego szeregu zębów ku przodowi.

Refleksja powyższa ze stanowiska statyki stanowi dowód teoretyczny do dowodu klinicznego, dokonanego przez Andressena, który propaguje przy progenji wczesną ekstrację dolnych zębów mądrości.

b) Płaszczyzna zgryzowa czyli tor zgryzowy jest wynikiem układu mięśni i kształtu żuchwy i zostaje wytworzona na skutek funkcji.

Układ mięśni doznaje pewnych zmian na skutek rozrostu żuchwy — wytworzenia się wyrostków zębodołowych, a przedewszystkiem wydłużenia się gałęzi wstępującej i trzonu żuchwy.

Rozrost ten odbywa się proporcjonalnie i zgodnie z zasadniczem założeniem mięśni. Dlatego też tor zgryzowy nie ulega zmianom zasadniczym podczas rozrostu szczęk, tylko się wydłuża w miarę wyrzynania się zębów i wydłużania się szeregu zębów, przyczem promień koła toru pozostaje ten sam.

Tor przechodzi w ogólnym zarysie schematycznym przez punkty styczne górnego szeregu zębów z dolnym oraz kłykcie stawowe; ośrodek leży w okolicy gładzizny (Glabella). Główna siła ciśnienia przechodzi przez 2 mleczny trzonowiec w uzębieniu mlecznem a 1 trzonowiec w uzębieniu stałem.

c) 1. Układ zawiązków oraz czasokres wyrzynania się ich jest filogenetycznie uwarunkowany.

2. Kształt poszczególnych zebów ludzkich jest uzasadniony funkcją i wytwarza się w życiu embrjonalnem na skutek czynników biologicznych i dynamicznych pod wpływem działania mięśni i krążenia soków ustrojowych.

3. Korzenie wytwarzają się i ustawiają w kierunku sił ciśnienia zgryzowego. Motorem są kurczenia funkcjonujących mięśni, które mają też wpływ na układ toru zgryzowego i ukształtowania się zębów.

4. Powierzchnia korzeni i ich kształt adaptuje się do siły ciśnienia, wywieranego przez mięśnie, służące do żucia. (D. c. n.)

II.

DOROCZNE POSIEDZENIE F. D. I. W BRUKSELI 1935 A MIĘDZYNARODOWY KONGRES STOMATOLOGóW W WIEDNIU.

Na końcowem posiedzeniu Komitetu Wykonawczego F. D. I. 9 sierpnia 1935 w Brukseli podjęto jednogłośnie następujące uchwały odnośnie do Międzyn. Kongresu w Wiedniu:

1. Oddanie do druku komunikatów i ich tłumaczeń może przed odbyciem Kongresu tylko wtedy nastąpić, gdy będzie dostateczne pokrycie finansowe.

2. Propaganda Kongresu Wiedeńskiego będzie przeprowadzona wspólnie przez Komitet Organizacyjny i Komisję Prasową F. D. I.

3. Gdyby IX Międzyn. Kongres w Wiedniu w r. 1936 nie mógł wskutek sił wyższych się odbyć, F. D. I. uczyni wszystko, aby odciążyć Komitet Organizacyjny od zobowiązań finansowych.

4. Uchwalono ustanowić jeszcze jedną komisję pod nazwą: Komisja Opieki Społecznej (ze szczególnem uwzględnieniem kwestji zdrowia publicznego i zawodowego), której przewodniczącym został dr. Stuck (Niemcy).

5. Następnie udzielono nagrody Millera Cieszyńskiemu (Lwów), Gotliebowi (Wiedeń) i Roy (Paryż), jako uznanie F. D. I. statutowo przeznaczone dla tych, których prace dla zębolecznictwa zostały uznane na terenie międzynarodowym.

6. Proponowane z powodu Olimpjady Berlińskiej przesunięcie Kongresu musiało odpaść, tak, że termin 2 — 8 sierpnia pozostaje niezmieniony. Ponieważ Olimpjada będzie trwała do 16 sierpnia, uczestnicy będą mogli odwiedzić obie imprezy.

D. c. n.

III.

IX MIĘDZYNARODOWY KONGRES DENTYSTYCZNY F. D. I. WE WIEDNIU.

Komunikat nr. IV.

Kilka miesięcy dzieli nas od czasu (2 — 8 sierpnia 1936), w którym odbędzie się w Wiedniu IX Międzynarodowy Zjazd Stomatologów w ramach F. D. I. W tym Zjeździe, który zapowiada się jako wybitne zdarzenie w stomatologicznym świecie naukowym, wezmą udział najwybitniejsze sławy naukowe ze wszystkich krajów świata. Wszyscy bez wyjątku Koledzy chociaż nie władają językami Kongresu, będą mogli bez przeszkód słuchać wykładów. Nowoczesne urządzenie umożliwi przez słuchawki śledzić wykłady i otrzymać objaśnienia do ilustracji w języku dostępnym dla każdego.

Na Zjeździe będą brane pod uwagę nietylko wiedza, ale życzenia i *potrzeby praktyków* będą w ten sposób zaspokajane, że *w czasie czterech popołudni najwybitniejsi praktycy będą zaznajamiali uczestników na demonstracjach z najnowszemi zdobyczami w dziedzinie koron i mostków, całkowitej i częściowej protezy, techniki ceramicznej i w. i.* I tutaj tłumacze będą ułatwiali porozumienie się między wykładowcą a uczestnikami.

Wspaniała *wystawa naukowa i przemysłowa*, urządzona w oddzielnym gmachu według nowoczesnej techniki, umożliwi zaznajomienie się z nowemi zdobyczami w tej dziedzinie.

Uczestnicy po ukończeniu pracy będą mieli sposobność oglądania w towarzystwie starych i nowopozyskanych przyjaciół wspaniałych *budowli pamiątkowych Wiednia, miasta najstarszej* kultury europejskiej, dalej kościołów, muzeów, galeryj obrazów, pałaców cesarskich i starych zamków.

Stomatologowie Wiednia dołożą wszelkich możliwych starań, aby uczestnikom i ich krewnym tak uprzyjemnić pobyt, że udział w IX Międzynarodowym Zjeździe Stomatologów w Wiedniu w sierpniu 1936 r. pozostanie dla wszystkich pięknem i niezatartem wspomnieniem.

Komisja Prasowa Kongresu 1936 r.

Ze sądu

ZASADNICZE ORZECZENIE SĄDU NAJWYŻSZEGO
w sprawie
określenia pojęcia „mała chirurgja” na tle wykonywania przez felczera wyjmowania zębów.

Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 1935 r. Nr. 1 K. 735/35.

Wyrokiem Sądu Okręgowego w P... felczer X... został skazany na grzywnę 100 zł., na mocy art. 1, 13 i 27 rozporządzenia Prez. Rzplt. z dn. 10 czerwca 1927 (Dz. Ust., poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej, za wyjęcie zęba pacjentowi.

Od powyższego wyroku obrońca oskarżonego wniósł kasację, żądając uchylenia powyższego wyroku z powodu skazania oskarżonego, pomimo braku w czynie mu zarzuconym znamion przestępstwa, przewidzianego w art. 1 i 27 rozporządzenia Prez. Rzplt. z dn. 10. VI. 1927 (Dz. Ust., poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej. Zdaniem kasacji, wobec okoliczności, że oskarżony, jako felczer, w miejscowości, w której brak lekarza - dentysty, zawsze dotąd trudnił się wyjmowaniem zębów zgłaszającym się doń pacjentom, a w pewnych wypadkach czynił to osobom, kierowanym doń zarówno przez lekarza rejonowego, jak i przez Kasę Chorych, która w tych razach honorowała rachunki jego za te czynności, słusznie mógł uważać, że służy mu prawo wyjmowania zębów.

Pogląd ten, wbrew odmiennemu zdaniu Sądu Okręgowego, znajduje oparcie w obowiązującym przepisie, mianowicie — w Ustawie z dnia 1 lipca 1921 roku o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich i wykonawczem do tej Ustawy rozp. Ministra Zdrowia Publ. z dn. 20 marca 1922 (Dz. Ust. Nr. 29, poz. 233), one bowiem uprawniają felczerów do wykonywania czynności chirurgicznych w zakresie małej chirurgji, określając tylko przykładowo, lecz niewyczerpująco, że za takie zabiegi należy uważać nakładanie opatrunków. tamowanie krwotoku, usuwanie ciał obcych (§ 12 rozp. wykon.); zdaniem kasacji, nauka lekarska do zakresu tej małej chirirgji zalicza wyjmowanie zębów, gdyż niekoniecznie wymaga ona znieczulenia, odmienny zaś, a przez sąd uwzględniony pogląd zbadanego w sprawie biegłego lekarza, który wyeliminował z kompetencji felczerów ten zabieg na tej podstawie, że jest „krwawy“, nie jest trafny, gdyż wiele tych zabiegów w zakresie małej chirurgji jest w tymże stopniu zabiegiem krwawym, co i wyjmowanie zęba; wreszcie, za potrzebą szerszej wykładni § 13 rozp. Min. Zdrowia Publ. przemawiają również poważne względy życiowe.

Sąd Najwyższy zważył co następuje:

Według Ustawy z dn. 1. VII. 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. Ust. Nr. 64) felczerzy są uprawnieni, mię-

dzy innemi, do wykonywania zabiegów w zakresie małej chirurgji. Nie dając określenia, co w rozumieniu przepisu, ma podpadać pod pojęcie czynności chirurgicznych z zakresu małej chirurgji, wyżej zacytowana ustawa pozostawiła to rozporządzeniu wykonawczemu, które też zostało wydane w dniu 20. III. 1922 (Dz. Ust., poz. 233). Stanowi ono w § 12, że do zakresu małej chirurgji należą wszystkie proste zabiegi, nie wymagające zastosowania znieczulenia miejscowego lub ogólnego, a nie należą do zabiegów krwawych, których felczerom wykonywać nie wolno. Wobec tych wyżej wskazanych zasadniczych kryterjów dla ukształtowania pojęcia zakresu małej chirurgji, które na gruncie obowiązującego prawa ma i musi być miarodajne, obojętne jest i słusznie przez Sąd za obojętne uznane zostało, w jakim stopniu uwzględniono w ustanowionem prawie poglądy nauki lekarskiej co do tego, jakie zabiegi uznaje ona za odpowiadające pojęciu małej chirurgji.

Skarżący słusznie zaznacza, że tylko przykładowo wymieniono w § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publ. czynności chirurgiczne w zakresie małej chirurgji, których wykonywanie dozwolone zostało felczerom. Niesłusznie jednak mniema, że brak wymienienia wśród nich zabiegu wyjmowania zębów nie rozstrzyga kwestji wyłączenia zabiegu tego z zakresu uprawnień felczerów. Z przykładowego wyliczenia dozwolonych zabiegów widoczne jest, że chodzi tu o te wypadki, w których pomoc felczera ogranicza się do całkiem prostych zabiegów bezkrwawych. Skarżący mylnie mniema, jakoby w rozumieniu wyżej powołanego prawa do zabiegów krwawych odniesiono te tylko przypadki, które polegają na przecinaniu lancetem lub otwieraniu innemi narzędziami organizmu ludzkiego, a wyłączono z pojęcia zabiegów krwawych te, które z innej przyczyny w inny sposób powodują lub mogą spowodować krwawienie. Jeżeli bowiem za jedno z kryterjów do tego, co ma obejmować mała chirurgja, wzięto okoliczność, że niema tam miejsca na żadne zabiegi krwawe, oczywiście dlatego, że te z natury rzeczy najwięcej nastręczają możliwości poważnych komplikacyj, a za drugie, że mają to być zabiegi proste, a więc i same w swych czynnościach nieskomplikowane i możliwością komplikacji, najmniej zagrażające, to jest stąd uzasadniona podstawa do przyjęcia, że wyjmowanie zębów nie zostało zaliczone do zabiegów, felczerom dozwolonym, gdyż jest to zabieg z poważnym skutkiem krwawym, a nie jest prosty ze względu na możliwości poważniejszych komplikacyj.

Takiem stanowiskiem ustawodawcy daje się łatwo wytłumaczyć fakt, że w przykładowem wyszczególnieniu zabiegów z zakresu małej chirurgji, dozwolonych felczerom, nie zamieszczono zabiegu wyjmowania zębów, aczkolwiek w stosunkach życiowych najszerszego ogółu jest tak częstem zjawisko potrzeby uciekania się do tego zabiegu, częstszem i bardziej istotnem od niektórych innych w § 12 wymienionych. Zatem należy uznać, że zarzut skazania oskarżonego, pomimo braku w czynie jego znamion przypisanego mu wykroczenia, jest niezasadny.

Wobec powyższego kasacja obrońcy oskarżonego została oddalona.

Dentystyka społeczna.

W SPRAWIE PASTY DO ZĘBÓW SŁÓW KILKA.

Bardzo często słyszymy z ust pacjenta: „czem mam czyścić zęby“ lub „jakiej pasty do zębów używać?“

Zapytanie takie wprawia nas niekiedy w kłopotliwe położenie, gdyż, mówiąc otwarcie, nasze wiadomości, dotyczące większości znajdujących się w handlu środków do czyszczenia zębów, często pochodzą z tych samych źródeł, co i wiadomości pacjenta, tj. z krzykliwej lektury działu ogłoszeń prasy codziennej. Nasi pacjenci mają coprawda prawo żądać od nas lepszej orjentacji w tych sprawach, ale nie zdają sobie sprawy z ogromnej obfitości materjału, z którym musiałby się poznać lekarz - dentysta, chcący lojalnie odpowiedzieć na zadane pytanie.

Nie da się zaprzeczyć, że sprawa wyboru środka do czyszczenia zębów bynajmniej nie jest rzeczą obojętną. Zatrzymamy się przedewszystkiem na *paście do zębów,* jako środku najbardziej rozpowszechnionym. Wiadomo, że ze wszystkich środków do zębów pasta do zębów jest najhigjeniczniejsza ze względu na sposób jej użycia, tj. wyciskanie każdorazowo z tuby potrzebnej porcji do użycia na szczoteczkę; wykluczamy niewskazane z punktu widzenia higjeny dotykanie szczoteczkami naprzemian środka do zębów co może mieć miejsce przy innych środkach, zwłaszcza przy użyciu przez całą rodzinę.

Nie należy rozwodzić się nad tem, że z punktu widzenia użyteczności za dobrą i pożyteczną pastę do zębów uważać należy taką, która spełnia następujące warunki: zawiera łagodnie działający środek oczyszczający, nie zawiera twardych lub ostrych składników mineralnych, któreby mogły działać szkodliwie na szkliwo, nie zawiera zbyt wiele lub zbyt silnych antyseptyków, które działałyby szkodliwie.

Obecność w paście ostatniego rodzaju składników zdarza się częściej, niżby się zdawało. Główną rolę gra tu *ołów,* który jest niekiedy głównym materjałem, z którego jest wykonana tuba. Wprawdzie ustawa zabrania używania do tego celu tub czysto ołowianych, dopuszcza jednak do używania tuby ołowianej, pokrytej cienką warstwą cyny, czyli t. zw. tuby ołowiano-cynowanej. Wielu producentów pasty korzysta z dobrodziejstwa tej ustawy, produkując pastę w tubach ołowiano-cynowanych, jako znacznie tańszych od czysto cynowych.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dn. 25/6. 1934 r. § 11 punkt 2a brzmi:

„Naczynia (pudełka, tuby i t. p.) winny być równomiernie cynowane (platerowane, t. j. obustronnie pokryte wwalcowaną w ołów lub cynk warstwą cyny), przytem stosunek cyny do ołowiu lub cynku winien być nie mniejszy niż 10 : 90, czyli grubość każdostronnej warstwy cynowej winna stanowić 5% grubości warstwy ołowiu lub cynku“.

Dalej w punkcie c zaznacza:

„Warstwa cyny winna w zupełności izolować treść środka kosmetycznego od masy ołowianej lub cynkowej“.

Wziąwszy pod uwagę, że cała grubość ścianki bocznej tuby nie prze-

kracza zwykle 0,05 mm., widzimy, że w najlepszym wypadku grubość warstwy cynowej wynosi tylko 0,0025 mm.

Powstaje pytanie, czy w tych warunkach można liczyć na zupełnie równomierne rozłożenie tej niezmiernie cieniutkiej warstwy cyny i czy wobec tego treść tuby nie będzie istotnie całkowicie izolowana od ołowiu?

Rozwiązaniem tego pytania powinni zająć się powołani fachowcy. Z naszej strony możemy zaznaczyć, że bardzo często, wyciskając pastę z tuby ołowianej cynowanej, obserwujemy na skrawku wyciśniętej pasty *ciemne smugi*, które mogły powstać tylko przez ocieranie się pasty o obnażoną powierzchnię ołowiu wewnątrz tuby. *Przy pastach, opakowanych w tuby czysto cynowe zjawiska tego nigdy nie zauważono.*

Należy zatem przyjąć, że w tubach ołowianych — cynowanych pod wpływem zawartych w paście roztworów może się zdarzyć przejście ołowiu do pasty i w następstwie szkodliwe działanie na organizm.

Z tego względu należy gorąco polecać używanie past, opakowanych tylko w tuby czysto cynowe.

Większość znajdujących się w handlu past do zębów zawiera tylko kredę, mydło, glicerynę i wodę oraz środki aromatyczne, jak mięta, mentol, poza tem nieco środków słodzących. Stosunkowo niewielka ilość past nie zawiera mydła zupełnie. Naszem zdaniem, mydło jako najlepszy ze znanych środków czyszczących i zmywających uważać należy za składnik istotnie działający i pożądany pod warunkiem, że będzie to mydło w doskonałym gatunku i całkowicie neutralne, niedrażniące śluzówki i nieposiadające przykrego smaku.

Kreda stosowana do pasty winna być chemicznie czysta i doskonale sproszkowana. Wszelkie domieszki energicznie działających substancyj, jak np. używany przez niektórych fabrykantów pumeks, uważać należy jak już zaznaczyliśmy, bezwarunkowo za szkodliwe, bowiem one szlifują szkliwo zęba. Pastę, zawierającą takie składniki, łatwo poznać, bowiem rozcierana zębami trzeszczy.

Słabe działanie przeciwgnilne mydła uważamy za wystarczające przy codziennem używaniu pasty. Stąd uciekanie się do środków przeciwgnilnych, działających energicznie, uważamy za szkodliwe, bowiem prowadzi do zbytecznego z punktu widzenia funkcjonowania narządów trawienia wyjałowienia jamy ustnej.

Co się tyczy wszelkich szeroko zachwalanych „domieszek specjalnych", rzekomo *rozpuszczających kamień nazębny* i t. d., to ich działanie jest, naszem zdaniem, wielce problematyczne. Skutku ich działania nie można stwierdzić w sposób ścisły. Ostrożni producenci, reklamując szeroko powyższe środki, zastrzegają sobie zwykle dłuższy okres czasu np. kilka miesięcy na oczekiwany skutek. Trzeba zatem nielada cierpliwości i wykluczenia wszelkich innych wpływów, aby zaobserwować korzystny skutek. Fakt zaś, czy ten problematyczny a rzekomo korzystny skutek nie okaże się mniej korzystnym, albo wręcz szkodliwym w innym kierunku np. jeśli chodzi o szkliwo zęba, pozostaje sprawą otwartą.

Reasumując powyższe, należy stwierdzić: jako środek do codziennego użytku należy zalecać pastę do zębów. *Pasta ta powinna być opakowana w tubę z czystej cyny*, nie powinna zawierać poza mydłem, kredą, wodą,

gliceryną i nieznacznej ilości olejków aromatycznych, żadnych innych składników.

Wszystko to jednak nie daje jeszcze odpowiedzi na pytanie naszego pacjenta, który chce wiedzieć, jaką pastę ze znajdujących się w sprzedaży ma kupić.

Odpowiedzieć na to pytanie można po przeprowadzeniu obserwacji nad znajdującemi się w handlu wyrobami, korzystać z odnośnych materjałów klinicznego i spostrzeżeń samych pacjentów.

Z przemysłu dentystycznego.

Nadrag — nowy materjał wyciskowy. Poszukiwania, w celu otrzymania dobrego materjału wyciskowego, trwają dotychczas, bowiem znane tego rodzaju masy, jak wiadomo, posiadają pewne wady; otrzymywanie dokładnego wycisku związane jest z pewnemi trudnościami. Główna wada różnych mas wyciskowych o podstawach różnych żywic t. zw. stensów, bez różnicy nazwy lub marki, polega na tem, że po rozgrzaniu w ciepłej wodzie i ponownem stwardnieniu nie posiadają żadnej elastyczności, nie można więc uzyskać wycisków dokładnych, szczególnie w przypadkach zębów pochylonych, o węższych szyjkach, nieprawidłowo wyrzniętych; niedostatecznie stwardniała masa rozciąga się i zatraca pierwotny kształt.

Gips również nie może być uważany za idealny materjał wyciskowy i wymaga nadzwyczajnej wprawy, wiele cierpliwości i straty czasu przy zestawianiu łamanych części (zawsze prawie następują tu pewne niedokładności), wielu pacjentów w dodatku nie znosi gipsu.

Materjały hydrokoloidowe, aczkolwiek dają dokładne wyciski, nie mogą być szeroko rozpowszechniane ze względu na bardzo wysoki koszt specjalnej aparatury oraz nadzwyczaj skomplikowany sposób użycia.

Przemysł dentystyczny, kierując się wskazaniami świata naukowego, dąży więc stale do zestawienia materjału, który odpowiadałby codziennym wymaganiom praktyka. Dokładny wycisk — to dokładna dostawka.

Od stosunkowo niedawna znajduje się na rynku handlowym nowa masa wyciskowa — elastyczna — pod nazwą *nadrag*. Posiada ona tę ważną zaletę, że po wyjęciu z ust, nawet w przypadkach najbardziej skomplikowanych np. zębów pochylonych ku sobie, daje ostre i dokładne wyciski. Poza tem w przeciwstawieniu do wszelkich mas wyciskowych jest ona wyjaławialna, nie wymaga specjalnej aparatury, ani też odmiennych łyżek wyciskowych, rozrabia się jak inne masy wyciskowe, dokładnie przylega do zębów i miejsc wyciskanych, stanowi zły przewodnik ciepła, niema więc obawy oparzenia miękkich części, jest w dodatku elastyczna i łatwa w użyciu; zastępując kosztowne masy hydrokoloidowe, a nawet gips, nie drażni śluzówki i jest dobrze znoszona przez wrażliwych pacjentów. Nowa masa — nadrag znalazła szersze zastosowanie zagranicą jak również u nas w kraju.

Utensylja podręczne „Wygoda" pomysłu lek. - dent. Abramowicza. (Warszawa). Utensylja podręczne służą dla celów lekarskich i lekarsko -

dentystycznych, jako naczynia hermetycznie zamknięte do przechowywania waty, gazy, bandaży chirurg., igieł injekcyjnych, miazgociągów, do odpadków, do ściągania waty z igieł, do oczyszczania miazgociągów, jako podstawa do szklanych naczyń z płynem dezynfekcyjnym oraz innych narzędzi lekarskich. Dotychczasowe naczynia na skutek swej konstrukcji nie zachowały w żadnem położeniu równowagi podczas użycia, a wnętrze do waty było wypełnione w $^3/_4$ sprężyną.

Inowację nowych przyrządów stanowi możność zachowania równowagi ich w każdym położeniu bez pomocy ręki pracującego, dzięki specjalnej przyssawce, umocowanej u podstawy naczynia. Wata utrzymuje się na wierzchu, a nie przy pomocy sprężyny, lecz specjalnych uchwytów.

Przyrządy powyższe składają się z następujących części: a) podstawy, b) przykrywki i c) nasadek wymiennych.

Podstawa ma kształt walcowaty, u dołu znajduje się specjalne wgłębienie, w którem umocowana jest przyssawka gumowa.

Przykrywka półkulista zakończona jest gałeczką.

Nasadki wymienne kształtu cylindrycznego są następującego rodzaju:

a) ze środkowym otworem do grubszych kawałków waty i bocznemi, czworokątnemi otworami do waty, przeznaczonej do przewodów korzeniowych, z zaopatrzonemi w uchwytki dla utrzymania waty na powierzchchni,

b) ze środkowym większym otworem do odpadków i szczelinowemi otworami do ściągania waty z igieł,

c) nasadki - obrączki, służącej do przymocowania płótna gumowego i pergaminówki do naczynia, przeznaczonego do oczyszczania miazgociągów,

d) z podłużnym zazębionym otworem do wyciągania bandaży opatrunkowych i przytrzymania ich,

e) z szeregiem okrągłych otworów, w których umieszczone są szklane naczynka, przeznaczone do przechowywania igieł, miazgociągów, świdrów i t. d., w środkowem zaś naczyniu znajduje się płyn lotny do dezynfekcji.

Wewnątrz naczyń znajduje się specjalny występ, który wraz z pokrywką służy do umieszczania środków dezynfekcyjnych. Są one precyzyjnie ładnie wykonane z blachy niklowej lub chromowanej. Oryginalne te utensylja zasługują na specjalne wyróżnienie.

Od wydawnictwa

Zeszyt niniejszy ukazał się z opóźnieniem z przyczyny dłuższego strajku drukarzy.

Pomimo, że wbrew zwyczajowi nie pobieramy należności zgóry, tem samem ułatwiając kolegom regulowanie należności, pomimo, że upłynął już dawno r. 1935, spora liczba prenumeratorów należności nie uiściła i na nasze 4-krotne upomnienia wcale nie reagują.

Nowa grupa dłużników wzorem swoich poprzedników, których listę podaliśmy, a którzy skrzywdzili pismo w ciągu stosunkowo krótkiego cza-

su na blisko zł. 3.000, uważa również, że regulowanie należności za pismo nie należy do obowiązków. Zalegać za r. 1935 sięga blisko zł. 700.

Jeżeli pismo komu nie odpowiada, należałoby zawczasu zawiadomić, aby nie narażać nas na zbyteczne wydatki. Nigdy nikomu z pismem nie narzucaliśmy się. Pismo wysyłano na życzenie, w wielu przypadkach nawet na wyraźne przynaglenie.

Należy zaznaczyć, iż zaległości bynajmniej nie dotyczą kolegów niezamożnych, którzy to, nawiasem mówiąc, zawsze są punktualni i wyrozumiali, nie czekając na upomnienia. Wśród dłużników tak na prowincji, jak i w Warszawie mamy osoby b. zamożne, które po zł. 3 potrafią np. fatygować inkasenta po 5 — 6 razy, nie uregulowawszy należności!!!

Nad uczynioną nam ponownie krzywdą wskutek podminowania materjalnej egzystencji pisma, stanowiącą smutne zjawisko w życiu zawodu, bynajmniej nie przejdziemy do porządku dziennego. Niezależnie od ogłoszenia nazwisk dłużników, sprawy skierujemy na drogę sądową.

Kto sobie nie życzy prenumerowania pisma, niech w myśl przyjętego w świecie kulturalnym zwyczaju nas o tem zawiadomi.

Solidnych naszych prenumeratorów prosimy o regulowanie należności zaraz po otrzymaniu zeszytu. Leży to w interesie usprawnienia wydawania pisma. Dla ułatwienia przesyłki należności do każdego zeszytu dołączamy blankiet przekazowy na P. K. O. nr. 11.361. Ułatwi to również kolegom miejscowym, którzy mogą w ten sposób unikać płacenia za inkaso.

Należność prosimy przesyłać tylko przez P. K. O.

W pewnych warunkach indywidualnie czynimy ustępstwa z normalnej ceny zeszytu. Ogólnie czynić tego nie możemy, bowiem zależnie od objętości, formy i druku zeszytu (rozmiar kolumny, druk bez interlinji), wydatek jest tu znaczny. Dochodzi wydatek na administrację, wysyłkę, prenumeratę pism, materjały różne i t. d. Nie mamy żadnego poparcia materjalnego.

Nie możemy liczyć przy zmniejszonej cenie na pokrycie różnicy przez wpływy od nowych prenumeratorów.

Pragniemy zlikwidować zapas posiadanych roczników naszego pisma za ubiegłe lata (posiadamy nie wszystkie komplety). Zawierają one cenny materjał naukowy i praktyczny, prace naukowe autorów polskich, obfity materjał kliniczny, materjał dotyczący spraw zawodowych, b. ważnych z punktu widzenia historycznego i t. d. i t. d.

Chcemy wierzyć, iż wśród młodszej generacji przedstawicieli naszego zawodu są osoby, które interesują się dentystyką polską wogóle.

Również bibljoteki zawodowe, jako fundament przedewszystkiem winny posiadać polskie piśmiennictwo zawodowe, ważne dla przyszłego historyka, a wszak taki znaleźć się musi wzorem innych krajów kulturalnych.

Wskutek nieuwzględnienia dawnych polskich autorów przez współczesnych pierwszym dzieje się krzywda, również piśmiennictwu. Dawne polskie prace nie są cytowane tam, gdzie w danej sprawie decydowały. Jest to również lekceważenie dentystyki polskiej, gdy natomiast piśmiennictwo obce często cytuje naszych autorów.

 THE S.S.WHITE DENTAL MFG.CO. 

S. S. White'a Cementy

o największym rozgłosie.

Świat dentystyczny uznaje najwyższą jakość S. S. White'a cementów i powszechnie stosuje je we wszelkich wskazanych robotach dentystycznych, dzięki ich niedoścignionej wyższości.

Dowodem tego uznania jest nieustannie wzmagające się zapotrzebowanie, co ostatnio znacznie spotęgowało produkcję tego cementu.

S. S. White'a Cement Cynkowy (Oxyphosphatowy)



Doskonały cement cynkowy, nadający się do wszelkich wskazanych robót dentystycznych. Rozrabia się jak zwykle i nie drażni. Wyrabiany w sześciu barwach i sprzedawany w opakowaniu o jednej i sześciu barwach, również w skrzyneczkach, zawierających sześć barw.

S. S. White'a Cement srebrowy

Uwydatnia wszelkie korzyści najlepszego cementu cynkowego, ponadto posiada własności bakterjobójcze w większym stopniu, aniżeli białe cementy miedziowe.

Bywa stosowany w tych przypadkah, gdy barwa odgrywa większą rolę i gdzie pożądane jest działanie bakterjobójcze.

Sprzedawany w słoikach 1, 2 i 6-cio-uncjowych, na żądanie kombinowane z cementem cynkowym.



S. S. White'a Kryptex



Cement ten pośrednio łączy własności cementu fosfatowego oraz niezwykłą przezroczystość cementów krzemowych.

Służy do cementowania koron, mostków, wkładek i licówek. Specjalnie używany do robót porcelanowych.

Bywa wyrabiany w sześciu barwach i sprzedawany w opakowaniu o 1, 3 i 6-ciu barwach.

Do nabycia w składach dentystycznych.



The S.S.White Dental Mfg.Co.

PHILADELPHIA, U. S. A.

THE TRADE MARK IS A GUARANTEE OF QUALITY



Świdry Meisingera

W ciągu blisko 50 lat zdobyły sobie pierwszorzędne stanowisko na rynku światowym i zaufanie lekarzy-dentystów.

Stanowią szczyt doskonałości i wyrabiane są w największej fabryce na świecie przy pomocy najbardziej precyzyjnych maszyn.

WYKONANE SĄ Z NAJLEPSZEJ STALI TRWAŁOŚCI DJAMENTU.
SĄ OSTRE JAK BRZYTWA.

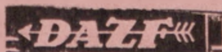
KRAJĄ NADER ŁATWO BEZ NACISKU.
SĄ NAJTAŃSZE, BOWIEM NAJTRWALSZE.
PRACA ZYSKUJE NA CZASIE.
PACJENTOWI NIE PRZYCZYNIAJĄ BÓLU.

NIE TĘPIĄ SIĘ NAWET PRZY DŁUŻSZEM UŻYCIU.
WYRABIANE SĄ W RÓŻNYCH FORMACH I ROZMIARACH.
PRZY NALEŻYTEM PRZECHOWYWANIU WYGLĄDAJĄ JAK NOWE.

FREZY DO KAUCZUKU I KORZENI,
GŁADZIDŁA, TREPANY, DRYLE,
TRZYMADŁA DO KAMIENI I KRĄŻKÓW
W PRECYZYJNEM WYKONANIU.

SORTYMENTY ŚWIDRÓW.

Każdy świder zaopatrzony jest w znak ochronny, który daje gwarancję jego oryginalności:



ŻĄDAĆ W SKŁADACH DENTYSTYCZNYCH.